مشابهت سوالات سلامت جامعه

۷۷- برای غربالگری یک بیماری، دوره‌ای نسبتاً طولانی بین آغاز تغییرات پاتولوژیک بیماری و ظهور علائم بالینی وجود دارد که در آن بیماری با یک آزمون مناسب قابل تشخیص است. این ویژگی بیش از همه بیانگر کدام دوره است؟

الف) کمون

ب) پیش‌بالینی قابل تشخیص

ج) واگیری

د) نهفتگی اپیدمیولوژیک

سؤال ۷۷ کنکور از با سؤال ۸۱ آزمون اول سنا شباهت داشت و با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۸۱- کدام گزینه به‌درستی مراحل سیر طبیعی بیماری را به ترتیب زمانی توصیف می‌کند؟		
الف) مرحله پیش بالینی، مرحله آمادگی، مرحله بالینی، مرحله ناتوانی		
ب) مرحله آمادگی، مرحله پیش‌بالینی، مرحله بالینی، مرحله ناتوانی		
ج) مرحله آمادگی، مرحله پیش‌بالینی، مرحله ناتوانی، مرحله بالینی		
د) مرحله ناتوانی، مرحله آمادگی، مرحله پیش‌بالینی، مرحله بیماری		
۸۱- گزینه ب صحیح است	**سطح سوال: ساده**	**مبحث سوال: پیشگیری**
هر بیماری سیر طبیعی خاص خود را دارد، لذا دسته‌بندی بیماری‌ها تا حدی دلخواه است. با این حال، برای درک بهتر پیشگیری و کنترل بیماری، خلاصه‌ای از سیر بیماری ارائه می‌شود: **مرحله آمادگی** بیماری هنوز ظاهر نشده، اما عوامل خطر مثل کلسترول بالا که خطر بیماری قلبی را افزایش می‌دهد پایه بیماری را ایجاد کرده‌اند. شناسایی عوامل خطر، به‌ویژه برای بیماری‌های مزمن، ضروری است. **مرحله پیش‌بالینی** علائم واضحی دیده نمی‌شود، اما تغییرات بیماری‌زا آغاز شده‌اند. این تغییرات هنوز به سطح قابل‌تشخیص بالینی نرسیده‌اند، مانند تصلب شرایین قبل از بروز علائم. **مرحله بالینی** تغییرات ساختاری یا عملکردی اعضا به حدی است که علائم و نشانه‌های بیماری ظاهر می‌شود. تقسیم این مرحله به زیرمراحل (مثل سرطان موضعی، متاستاز منطقه‌ای یا منتشر) برای مطالعه و درمان مفید است. مرحله بیماری بر پیش‌آگهی تأثیر زیادی دارد. **مرحله ناتوانی** برخی بیماری‌ها بهبود می‌یابند، اما بعضی آثار کوتاه‌مدت یا بلندمدت (ناتوانی روانی، اجتماعی یا جسمی) بر جای می‌گذارند. ناتوانی‌های بلندمدت ناشی از بیماری‌های مزمن مثل فلج اطفال برای جامعه اهمیت بیشتری دارند.		

۸۱- در یک مطالعه آینده‌نگر، پرستار افراد را بر اساس وجود یا عدم وجود یک مواجهه دسته‌بندی می‌کند و سپس وقوع بیماری را در دو گروه پیگیری می‌کند. مهم‌ترین مزیت این طراحی نسبت به مطالعه مورد - شاهدی کدام است؟

الف) توالی زمانی مواجهه و پیامد مشخص است.

ب) برای بیماری‌های بسیار نادر کارآمدتر است.

ج) از همه انواع مخدوش‌کننده‌ها مصون است.

د) نیازمند نمونه کمتر و زمان کوتاه‌تر است.

سوال ۸۱ کنکور ۱۴۰۵ با سؤال ۹۶ آزمون اول سنا شباهت داشت و با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۹۶- یک تیم تحقیقاتی در سازمان بهداشت جهانی قصد دارد دو مطالعه مجزا انجام دهد:
مطالعه اول: بررسی رابطه بین میانگین سرانه مصرف نمک در ۵۰ کشور مختلف و میزان شیوع پرفشاری خون در آن کشورها.
مطالعه دوم: اثبات قطعی اثربخشی یک داروی جدید در کاهش فشار خون، به گونه‌ای که تأثیر متغیرهای مداخله‌گر و تداخلات خارجی مانند سن، جنسیت، رژیم غذایی افراد به حداقل ممکن برسد و قوی‌ترین شواهد برای وجود یک رابطه علت و معلولی فراهم شود.
با توجه به ویژگی‌های انواع مطالعات، به ترتیب نوع مطالعه اول، محدودیت اصلی مطالعه اول و نوع مطالعه دوم در کدام گزینه به درستی بیان شده است؟

الف) مطالعه مقطعی (Cross-Sectional) / ناتوانی در تعیین تقدم زمانی علت بر معلول / مطالعه هم‌گروهی (Cohort)

ب) مطالعه اکولوژیک (Ecological) / بروز خطای تعمیم نتایج گروه به سطح فردی (Ecological Fallacy) / کارآزمایی بالینی (Clinical Trial)

ج) مطالعه هم‌گروهی (Cohort) / از دست دادن نمونه‌ها در طول زمان بررسی (Attrition) / کارآزمایی بالینی (Clinical Trial)

د) مطالعه اکولوژیک (Ecological) / ناتوانی در محاسبه میزان بروز (Incidence) / مطالعه مورد-شاهدی (Case-Control)

۹۶- گزینه ج صحیح است	**سطح سوال: متوسط**	**مبحث سوال: مطالعات اپیدمیولوژیک**

۱. مطالعات مورد-شاهدی (Case-Control)

- **ماهیت:** گذشته‌نگر (retrospective)
- **روش:** گروهی از افراد با بیماری (مورد) و گروهی بدون بیماری (شاهد) انتخاب می‌شوند و سپس بررسی می‌شود که چه عواملی در گذشته باعث بروز بیماری شده‌اند.
- **تمرکز:** شناسایی **عوامل خطر** مرتبط با بیماری.
- **مثال:** بررسی مصرف سیگار در افرادی که سرطان ریه دارند (مورد) در مقایسه با کسانی که ندارند (شاهد).

۲. مطالعات کوهورت گذشته‌نگر (Retrospective Cohort)

- **ماهیت:** گذشته‌نگر اما از نوع کوهورت
- **روش:** گروهی از افراد بر اساس **قرار گرفتن در معرض عامل** در گذشته انتخاب می‌شوند و سپس در سوابق پزشکی یا داده‌های قدیمی بررسی می‌شود که چه کسانی بیماری را در طول زمان ایجاد کرده‌اند.
- **تمرکز:** تعیین **رابطه علت و معلول** بین عامل و بیماری.
- **مثال:** بررسی افرادی که در دهه ۱۹۸۰ در معرض آزبست قرار گرفتند و بعد از ۲۰ سال میزان سرطان ریه در آنها بررسی شود.

شباهت‌ها بین Case-Control و Retrospective Cohort

۱. **هر دو گذشته‌نگر هستند:** داده‌ها از گذشته جمع‌آوری می‌شوند.
۲. **هزینه و زمان کمتر نسبت به مطالعات آینده‌نگر:** نیازی به پیگیری طولانی مدت در آینده نیست.
۳. **برای بیماری‌های نادر کاربرد دارند:** به خصوص مطالعات مورد-شاهدی.

تفاوت‌ها

۱. **کوهورت گذشته‌نگر:** انتخاب بر اساس **قرار گرفتن در معرض عامل**، از علت به اثر، می‌تواند نسبت ریسک بدهد.
۲. **مورد-شاهدی:** انتخاب بر اساس **وجود بیماری**، از اثر به علت، فقط Odds Ratio می‌دهد.

گروه‌ها بر اساس **وجود بیماری** انتخاب شده‌اند (مورد و شاهد).
سپس **سابقه مصرف سیگار در گذشته** بررسی شده است.
اگر پژوهشگر گروه‌ها را بر اساس **مصرف سیگار در گذشته** انتخاب می‌کرد و بعد بررسی می‌کرد چه کسی سرطان ریه گرفته، آن وقت کوهورت گذشته‌نگر بود.

۸۲- پرستار یک روستای دورافتاده متوجه می‌شود برنامه کنترل فشارخون فقط در مرکز شهرستان ارائه می‌شود و سالمندان کم‌درآمد عملاً دسترسی ندارند. انتقال بخشی از خدمت به خانه بهداشت، کدام اصل مراقبت‌های بهداشتی اولیه را تقویت می‌کند؟

الف) فناوری مناسب

ب) هماهنگی بین‌بخشی

ج) توزیع عادلانه

د) مشارکت جامعه

سوال ۸۲ کنکور ۱۴۰۵ با سوالات سوال ۷۷ ازمون ۸ و سوال ۷۸ ازمون ۹ سنا شباهت داشت و با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۷۸- در اصول مراقبت‌های بهداشتی اولیه، اگر یک برنامه سلامت به‌گونه‌ای طراحی شود که مردم منطقه در شناسایی مشکلات بهداشتی، اولویت‌بندی نیازها، اجرا و ارزشیابی برنامه‌ها نقش فعال داشته باشند، این برنامه بیشتر بر کدام اصل استوار است؟		
الف) فناوری مناسب		
ب) مشارکت جامعه		
ج) هماهنگی بین‌بخشی		
د) برابری در توزیع خدمات		
۷۸- گزینه ب صحیح است	**سطح سوال: متوسط**	**مبحث سوال: اصول و مبانی پرستاری سلامت جامعه**

۵ اصل کلیدی مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) بر اساس اعلامیه آلماآتا عبارتند از:

۱. برابری(Equity)

- تأکید بر توزیع عادلانه خدمات بهداشتی بر اساس نیاز، نه بر اساس قدرت پرداخت یا موقعیت اجتماعی.
- هدف: کاهش نابرابری‌های موجود در سلامت بین گروه‌های مختلف جامعه.

۲. مشارکت جامعه(Community Participation)

- مردم باید در شناسایی مشکلات، اولویت‌بندی، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی برنامه‌های سلامت **نقش فعال** داشته باشند.

۳. هماهنگی بین‌بخشی(Intersectoral Coordination)

- همکاری و هماهنگی بین بخش‌های مختلف (بهداشت، آموزش، کشاورزی، مسکن، آب و فاضلاب، حمل‌ونقل، محیط زیست و غیره).
- سلامت فقط کار وزارت بهداشت نیست؛ مشکلات بهداشتی اغلب ریشه در بخش‌های دیگر دارند.

۴. فناوری مناسب(Appropriate Technology)

- استفاده از روش‌ها و فناوری‌هایی که:
  - علمی و مؤثر باشند
  - از نظر فرهنگی قابل قبول باشند
  - مقرون‌به‌صرفه و قابل نگهداری توسط جامعه محلی باشند
  - پیچیده و گران نباشند

۵. دسترسی همگانی / پوشش همگانی(Universal Accessibility / Health for All)

- خدمات بهداشتی باید برای همه افراد جامعه در دسترس، قابل قبول، مقرون‌به‌صرفه و باکیفیت باشد.
- شامل دسترسی جغرافیایی (نزدیک به محل زندگی)، اقتصادی و فرهنگی.

۷۷-با توجه‌به ابعاد چهارگلنه مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC)، کدام گزینه ارتباط صحیحی میان ویژگی و رویکرد نظام سلامت و بعد مربوطه را نشان می‌دهد؟

الف) تأکید بر استفاده از نظام ارجاع برای بیماران و یکپارچگی خدمات بهداشتی (از پیشگیری تا درمان) ←بعد راهبردی (اجرایی)

ب) در نظر گرفتن سلامت به عنوان یک حق مسلم بشری و پیوند دادن بهداشت با توسعه اقتصادی-اجتماعی ←بعد فلسفی

ج) تمرکز بر رعایت برابری در ارائه خدمات، جلب مشارکت مردمی و استفاده از تکنولوژی مناسب ←بعد جامعیت

د) ارائه خدمات اولیه مانند درمان اسهال ساده و پانسمان سوختگی توسط افراد آموزش‌دیده در خط مقدم ←بعد محتوایی

۷۷- گزینه ب صحیح است	**سطح سوال: سخت**	**مبحث سوال: شبکه بهداشتی درمانی در ایران**

مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC)

پیشینه و تاریخچه پیدایش

مفهوم نوین مراقبت‌های بهداشتی اولیه ریشه در یک رویداد تاریخی مهم دارد:

- **نام رویداد:** کنفرانس بین‌المللی آلماآتا
- **زمان برگزاری:** ۱۵ تا ۲۱ شهریور ۱۳۵۷ (سپتامبر ۱۹۷۸)
- **مکان:** شهر آلماآتا در قزاقستان (شوروی سابق)
- **برگزارکنندگان و شرکت‌کنندگان:** با تصمیم مجمع جهانی بهداشت (WHO) و هیئت اجرایی یونیسف (UNICEF) و با حضور نمایندگان ۱۳۴ کشور جهان.
- **دستاورد اصلی:** تصویب «اعلامیه ۱۰ ماده‌ای آلماآتا» که تا به امروز به عنوان مهم‌ترین سند، مبانی و چارچوب PHC را در جهان تعریف می‌کند.

تعریف استاندارد PHC

مراقبت‌های بهداشتی اولیه عبارت است از **مراقبت‌های اساسی و پایه‌ای بهداشت** که دارای ویژگی‌های زیر باشد:

- **دسترسی فراگیر:** به طور گسترده برای تمام افراد و خانواده‌های جامعه قابل دسترس باشد.
- **مشارکت مردمی:** با مشارکت کامل و فعالانه خود مردم ارائه شود.
- **مقرون‌به‌صرفه:** هزینه‌های آن با توانمندی اقتصادی جامعه و کشور همخوانی داشته باشد.
- **اولین سطح تماس:** این خدمات خط مقدم ارتباط مردم با نظام سلامت کشور محسوب می‌شود.
- **تکنولوژی ساده و کاربردی:** با امکانات و تجهیزات ساده و توسط افراد آموزش‌دیده مانند بهورزان ارائه می‌شود و نیازی به حضور پزشک متخصص برای موارد ابتدایی (مثل سرماخوردگی، اسهال ساده، کمک‌های اولیه در شکستگی و سوختگی) ندارد.
- **مبتنی بر جامعه:** خدمات را تا حد امکان به محل زندگی، مدرسه و محل کار مردم نزدیک می‌کند.

ابعاد چهارگانه مراقبت‌های بهداشتی اولیه

نظام PHC بر چهار ستون یا بُعد اصلی استوار است:

۱. بعد فلسفی (Philosophical Dimension)

این بعد اساسی‌ترین وجه PHC است و بر مفاهیم حقوق بشری تاکید دارد:

- برخورداری از بالاترین سطح ممکن سلامت، یک **حق مسلم بشری** است.
- تاکید ویژه بر **توزیع عادلانه** منابع و خدمات بهداشتی بین تمام اقشار جامعه (به ویژه اقشار آسیب‌پذیر).
- بهداشت یک مقوله منزوی نیست، بلکه بخش جدایی‌ناپذیری از **توسعه فراگیر اقتصادی و اجتماعی** یک کشور است.

۲. بعد راهبردی و اجرایی (Strategic Dimension)

این بعد به روش‌ها و استراتژی‌های موثر برای ارائه خدمات می‌پردازد که شامل چهار اصل است:

- **عدالت (Equity)**: ارائه خدمات بر اساس نیاز، نه بر اساس توان پرداخت.
- **مشارکت مردمی (Community Participation)**: درگیر کردن مردم در تصمیم‌گیری، اجرا و ارزیابی برنامه‌های بهداشتی.
- **هماهنگی بین‌بخشی (Inter-sectoral Coordination)**: همکاری وزارت بهداشت با سایر بخش‌ها (آموزش و پرورش، کشاورزی، راه و شهرسازی، محیط زیست و غیره) برای تامین سلامت.
- **تکنولوژی مناسب (Appropriate Technology)**: استفاده از روش‌ها و ابزارهایی که از نظر علمی معتبر، از نظر فرهنگی قابل قبول و از نظر اقتصادی مقرون‌به‌صرفه باشند.

۳. بعد جامعیت (Comprehensive Dimension)

این بعد تاکید دارد که خدمات بهداشتی نباید پراکنده باشند:

- خدمات باید در قالب یک **سیستم یکپارچه و جامع** شامل پیشگیری، بیماریابی، واکسیناسیون، درمان و توانبخشی ارائه شوند.
- **نظام ارجاع (Referral System)**: وجود یک مسیر مشخص برای ارجاع بیمارانی که به خدمات تخصصی‌تر نیاز دارند از سطح اول مثل خانه بهداشت به سطوح بالاتر مراکز جامع سلامت و بیمارستان‌ها کاملاً ضروری است.

۴. بعد محتوایی (Content Dimension)

این بعد شامل اجزای اساسی و حداقل خدماتی است که باید در سیستم PHC ارائه شود. بر اساس اعلامیه آلماآتا، این خدمات شامل ۸ جزء اصلی است:

۱. **آموزش بهداشت:** آموزش جامعه درباره مشکلات بهداشتی شایع و روش‌های پیشگیری و کنترل آن‌ها.
۲. **تغذیه:** ترویج تامین غذای کافی و اصلاح الگوی تغذیه.
۳. **آب و فاضلاب:** تامین آب آشامیدنی سالم و ارتقای بهداشت محیط و بهسازی پایه‌ای.
۴. **بهداشت مادر و کودک:** شامل مراقبت‌های دوران بارداری، زایمان ایمن و برنامه‌ریزی خانواده.
۵. **ایمن‌سازی (واکسیناسیون):** واکسینه کردن کودکان و گروه‌های هدف علیه بیماری‌های عفونی عمده.
۶. **پیشگیری و کنترل بیماری‌های بومی:** مقابله با بیماری‌هایی که در یک منطقه جغرافیایی خاص شیوع بالایی دارند.
۷. **درمان مناسب:** درمان بیماری‌های شایع و حوادث و جراحات اولیه.
۸. **تامین داروهای اساسی:** دسترسی مداوم به داروهای پایه‌ای و ضروری برای درمان.

گزینه (الف) - نادرست: تأکید بر نظام ارجاع و ارائه خدمات در یک سیستم یکپارچه مربوط به بعد جامعیت است، نه بعد راهبردی.

گزینه (ج) - نادرست: مؤلفه‌هایی مانند برابری، مشارکت مردمی، هماهنگی بین‌بخشی و تکنولوژی مناسب، استراتژی‌های ارائه خدمت هستند و زیرمجموعه بعد راهبردی (اجرایی) قرار می‌گیرند، نه بعد جامعیت.
گزینه (د) - نادرست: مواردی مانند درمان خط مقدم توسط افراد آموزش‌دیده (بدون نیاز به متخصص) مربوط به تعریف کلی و ویژگی‌های ساختاری PHC است. بعد محتوایی در واقع به اجزای اساسی برنامه‌ها مانند آموزش، واکسیناسیون، بهداشت مادر و کودک و... اشاره دارد.

۸۳- پرستار سلامت مدارس با همکاری شهرداری، فروش دخانیات در اطراف مدارس را محدود و محیط مدرسه را به گونه‌ای طراحی می‌کند که شکل‌گیری مصرف دخانیات در نوجوانان اساساً کاهش یابد. این اقدام در کدام سطح پیشگیری قرار می‌گیرد؟

الف) نخستین

ب) اولیه

ج) ثانویه

د) ثالثیه

۸٤- بیماری پس از سکته مغزی دچار همی‌پارزی پایدار شده است. پرستار برای جلوگیری از کوتاهی عضلات، آموزش وسایل کمکی و بازگشت بیمار به نقش‌های خانوادگی برنامه‌ریزی می‌کند. مداخله مناسب کدام است؟

الف) ارتقای سلامت و پیشگیری

ب) حفاظت اختصاصی و عمومی

ج) تشخیص زودهنگام و اقدام

د) محدود کردن ناتوانی و بازتوانی

سؤال ۸۳ و ۸۴ کنکور ۱۴۰۵ ا با سؤال ۸۲ و ۸۳ و ۱۱۹ آزمون اول و سوال ۷۳ آزمون هفتم و سوال ۷۹ آزمون هشتم سنا شباهت داشت و با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۸۲- کدام‌یک از موارد زیر نمونه‌ای از پیشـــگیری زیربنایی (Primordial Prevention) محســـوب می‌شـــود و نه پیشگیری اولیه؟

الف) برنامه ایمن‌سازی کودکان علیه سرخک

ب) غنی‌سازی مواد غذایی با آهن و ویتامین D

ج) آموزش عمومی برای جلوگیری از عادی‌سازی مصرف سیگار در نوجوانان

د) استفاده از تجهیزات حفاظت فردی برای پیشگیری از خطرات شغلی

۸۲- گزینه ج صحیح است	**سطح سوال: متوسط**	**مبحث سوال: پیشگیری**

سطوح پیشگیری

پیشگیری را معمولاً در ۳ سطح تعریف می‌نمایند یا شامل ۳ سطح می‌باشد:

۱ .پیشگیری زیربنایی (اساسی)

۲ .پیشگیری اولیه

۳ .پیشگیری ثانویه

۴ .پیشگیری نوع سوم

۱. پیشگیری زیربنایی، اساسی، بنیادی

مربوط به قانون‌گذاران جامعه و قبل از پیشگیری نوع اول است و منجر به این می‌شود که بخشی از تصمیم‌گیری در مورد مسایل بهداشتی از فرد به اجتماع منتقل گردد و بهداشت عمومی توسعه یابد.

از این نوع پیشگیری می‌توان بهداشت محیط در سطح کلان، مثلاً مبارزه با آلودگی هوا در برنامه‌ریزی‌ها (گازسوز کردن خودروها و ...) را نام برد.

در این پیشـگیری، کوشـش‌ها بیشـتر معطوف به منع کودکان از در پیش گرفتن شـیوه زندگی خطرآفرین اسـت. مهم‌ترین اقدام مداخله‌ای در این مرحله از راه آموزش شخصی و آموزش همگانی است.

هدف پیشـگیری اساسـی: پرهیز از پدید آمدن و اسـتقرار آن دسـته از الگوهای اجتماعی، اقتصـادی و فرهنگی در زندگی است که معلوم شده در افزایش خطر بیماری سهم دارند. به عبارتی جلوگیری از پیدایش و برقراری عوامل خطرزای بیماری است.

۲. پیشگیری اولیهPrimary Prevention

مربوط به مرحله پذیرندگی بیماری می‌باشـد که عبارت اسـت از جلوگیری از پیدایش بیماری با تغییر حالت پذیرندگی شـخص حساس و یا کاهش بیماری‌زایی عوامل پاتوژن برای شخص حساسی که در معرض آن قرار گرفته است.

تعریف دیگر پیشـگیری اولیه: اقداماتی که پیش از شـروع بیماری انجام می‌گیرد و امکان بروز بعدی بیماری را از بین می‌برد.

پیشگیری اولیه بر پیشگیری از بیماری‌های مزمن توجه ویژه‌ای دارد و کاربرد پیشـگیری اولیه در پیشـگیری از بیماری‌های مزمن یک پیشرفت تازه است.

فعالیت‌های پیشگیری اولیه را می‌توان در دو گروه بزرگ قرار داد: ۱. ارتقای بهداشت عمومی۲. اقدامات اختصاصی حفاظتی

الف) ارتقای بهداشت عمومی

شـامل شـرایطی در منزل، محیط کار و مدرسـه می‌شـود که نتیجه آن به وجود آمدن یک زندگی بهداشـتی باشـد؛ یعنی تغذیه خوب، لباس کافی، مسکن مناسب، استراحت و تفریح.

ارتقای بهداشت بر بیماری خاصی توجه ندارد بلکه متوجه تقویت میزبان از طریق روش‌های گوناگون مداخله است.

از انواع مداخلات می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- آموزش بهداشت
- ایجاد تغییر در محیط زیست
- مداخلات تغذیه‌ای
- دگرگونی‌های رفتاری و سبک زندگی

آموزش بهداشت :یکی از کارآمدترین روش‌های مداخله است. اگر مردم به اندازه کافی درباره بیماری‌ها آگاهی داشته باشند و به آنان آموزش داده شود و تشویق شوند که احتیاط‌های لازم را به موقع به کار برند، از بروز تعداد زیادی از بیماری‌ها با مداخله پزشکی مختصر می‌توان پیشگیری نمود.

ایجاد تغییر در محیط زیست :باعث ارتقای بهداشت خواهد شد؛ از جمله تدارک آب سالم، جای‌گذاری توالت بهداشتی، مبارزه با حشرات و جوندگان، بهبود وضعیت مسکن و... تاریخ پزشکی نشان می‌دهد بسیاری از بیماری‌های عفونی در کشورهای غربی از طریق ایجاد تغییر در محیط زیست تحت کنترل درآمده‌اند و این کار حتی پیش از تهیه واکسن‌های اختصاصی یا داروهای مربوط به پیشگیری دارویی انجام گرفته است.

مداخله تغذیه‌ای: شامل بهبود تغذیه و توزیع غذا در گروه‌های آسیب‌پذیر، برنامه‌های تغذیه کودکان، غنی‌کردن غذاها، آموزش تغذیه و ... است.

ایجاد دگرگونی در سبک زندگی و رفتار: باید از طریق آموزش بهداشت (که یکی از اجزای اصلی همه فعالیت‌های بهداشتی است) و اهمیت زیاد در تغییر بینش، رفتار و عادات مردم دارد، اقدام نمود.

چون ارتقای بهداشت شامل طیف وسیعی از فعالیت‌ها است، در یک برنامه‌ریزی منظم باید ابتدا گروه‌های هدف یا افراد در معرض خطر جامعه تعریف و شناسایی شوند و سپس پیام‌های بهداشتی مناسب برای آنها فراهم شود تا کارساز باشد.

ب) اقدامات اختصاصی حفاظتی

اقدامات اختصاصی حفاظتی شامل فعالیت‌هایی از قبیل:

- ایمن‌سازی
- استفاده از مواد مغذی ویژه
- پیشگیری دارویی
- حفاظت در برابر خطرات شغلی
- ایمنی در برابر حوادث
- حفاظت در برابر مواد سرطان‌زا
- مبارزه با خطرات زیست‌محیطی مانند آلودگی هوا، سروصدا
- مبارزه با بدی کیفیت فرآورده‌های بهداشتی، غذایی، دارویی و آرایشی

هدف سطح اول پیشگیری: **کاهش بروز** بیماری است.

راهبردهای پیشگیری اولیه

۱. **راهبرد جمعیتی (همگانی) :**معطوف بر کل جمعیت است و هدف آن کاهش متوسط خطر است.

۲. **راهبرد اشخاص پرمخاطره :**معطوف بر اشخاص پرمخاطره در معرض مواجهه‌های خاص می‌باشد.

۸۳- کدام‌یک از موارد زیر به‌درستی نشان‌دهنده تفاوت پیشگیری زیربنایی و پیشگیری اولیه است؟

الف) در پیشگیری زیربنایی تمرکز بر ارتقای بهداشت عمومی و اصلاح محیط زیست است، در حالی که در پیشگیری اولیه تمرکز بر سیاست‌گذاری‌های کلان اجتماعی ـ فرهنگی می‌باشد.

ب) پیشگیری زیربنایی پیش از ایجاد «پذیرندگی بیماری» قرار دارد و مانع شکل‌گیری الگوهای اجتماعی - فرهنگی ناسالم می‌شود، در حالی که پیشگیری اولیه بر تغییر پذیرندگی فرد حساس یا کاهش بیماری‌زایی عامل پاتوژن متمرکز است.

ج) در پیشگیری زیربنایی اقدامات اختصاصی حفاظتی مثل واکسیناسیون و غنی‌سازی مواد غذایی انجام می‌شود، در حالی که پیشگیری اولیه عمدتاً بر آموزش بهداشت و تغییر رفتار فردی تمرکز دارد.

د) پیشگیری زیربنایی تنها در سطح فردی معنا پیدا می‌کند، اما پیشگیری اولیه در سطح جمعیت و سیاست‌های کلان اجرا می‌شود.

۸۳- گزینه ب صحیح است	**سطح سوال: سخت**	**مبحث سوال: پیشگیری**

۱. پیشگیری زیربنایی، اساسی، بنیادی مربوط به قانون‌گذاران جامعه و قبل از پیشگیری نوع اول است و منجر به این می‌شود که بخشی از تصمیم‌گیری در مورد مسایل بهداشتی از فرد به اجتماع منتقل گردد و بهداشت عمومی توسعه یابد.

هدف پیشگیری اساسی پرهیز از پدید آمدن و استقرار آن دسته از الگوهای اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در زندگی است که معلوم شده در افزایش خطر بیماری سهم دارند.

پیشگیری اولیه: مربوط به مرحله پذیرندگی بیماری می‌باشد که عبارت است از جلوگیری از پیدایش بیماری با تغییر حالت پذیرندگی شخص حساس و یا کاهش بیماری‌زایی عوامل پاتوژن...

۷۳- کدام‌یک از گزینه‌های زیر بهترین تمایز مفهومی و عملی میان پیشگیری نخستین (Primordial Prevention)و پیشگیری اولیه (Primary Prevention) را در چارچوب استراتژی‌های کنترل بیماری‌های مزمن غیرواگیر مانند بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت نوع ۲ و برخی سرطان‌ها نشان می‌دهد؟

الف) پیشگیری نخستین بر کاهش مواجهه فردی با عوامل خطر موجود تمرکز دارد، در حالی که پیشگیری اولیه بر اصلاح تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت مانند نابرابری اقتصادی و سیاست‌های شهری تأکید می‌ورزد.

ب) پیشگیری نخستین اقدامات بالادستی در سطح جمعیت و سیاست‌گذاری کلان برای جلوگیری از پیدایش عوامل خطر است، در حالی که پیشگیری اولیه اقدامات پایین‌دستی برای کاهش یا حذف عوامل خطر موجود در افراد یا گروه‌های سالم قبل از بروز بیماری به کار می‌گیرد.

ج) پیشگیری نخستین عمدتاً شامل مداخلات فردی مانند واکسیناسیون و آموزش تغییر رفتار است، در حالی که پیشگیری اولیه سیاست‌های جمعیتی مانند مالیات بر محصولات ناسالم و ممنوعیت تبلیغات را در بر می‌گیرد.

د) هر دو سطح پیشگیری نخستین و اولیه اساساً یکسان هستند و تنها در شدت مداخله تفاوت دارند؛ پیشگیری نخستین شدیدتر و پیشگیری اولیه ملایم‌تر است.

۷۳- گزینه ب صحیح است	**سطح سوال: متوسط**	**مبحث سوال: پیشگیری**

پیشگیری از بیماری‌ها معمولاً به **۴ سطح** تقسیم می‌شود.

این ۴ سطح عبارتند از:

پیشگیری نخستین و پیشگیری اولیه هر دو در مرحله پیش از بروز بیماری قرار دارند، لیکن از نظر هدف، سطح مداخله، زمان‌بندی و ماهیت اقدامات به طور اساسی با یکدیگر متفاوت‌اند.

۱. پیشگیری نخستین (Primordial Prevention) این سطح از پیشگیری، پیش از شکل‌گیری عوامل خطر (ریسک فاکتورها) در جامعه عمل می‌نماید. هدف اصلی آن، جلوگیری از پیدایش و تثبیت عوامل خطر در سطح جمعیت است. مداخلات در این سطح عمدتاً در سطح سیاست‌گذاری کلان، اجتماعی، اقتصادی و محیطی صورت می‌گیرد و بر تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (Social Determinants of Health) تمرکز دارد.

ویژگی‌های کلیدی:

- زمان مداخله: پیش از ایجاد عوامل خطر
- سطح عمل: عمدتاً جمعیتی و ساختاری
- نوع اقدامات: سیاست‌گذاری‌های ملی و محلی، اصلاحات محیطی، تغییرات فرهنگی و قانونی، برنامه‌ریزی شهری سالم، کاهش نابرابری‌های اجتماعی-اقتصادی

نمونه‌ها:

- تدوین سیاست‌های ملی برای ممنوعیت تبلیغات محصولات ناسالم (تنباکو، مواد غذایی پرکالری) به‌ویژه برای کودکان و نوجوانان
- ایجاد زیرساخت‌های شهری دوستدار فعالیت بدنی (پیاده‌روها، مسیرهای دوچرخه‌سواری، فضاهای ورزشی عمومی)
- برنامه‌های تغذیه‌ای در مدارس و ممنوعیت عرضه مواد غذایی ناسالم در محیط آموزشی
- اقدامات زیست‌محیطی برای کاهش آلودگی هوا و آب از دوران کودکی

۲.پیشگیری اولیه (Primary Prevention) این سطح از پیشگیری پس از وجود عوامل خطر، اما پیش از آغاز بیماری، اجرا می‌شود. هدف آن، پیشگیری از بروز بیماری از طریق کاهش یا حذف عوامل خطر موجود در افراد یا گروه‌های سالم است. مداخلات در این سطح عمدتاً در سطح فردی، خانوادگی یا گروه‌های خاص در معرض خطر انجام می‌گیرد.

- ویژگی‌های کلیدی:
  - زمان مداخله: پس از شکل‌گیری عوامل خطر، اما پیش از شروع بیماری
  - سطح عمل: عمدتاً فردی یا گروه‌های هدف
  - نوع اقدامات: آموزش و تغییر رفتار، مداخلات بهداشتی مستقیم، ایمن‌سازی، محافظت فردی

نمونه‌ها:

- اجرای برنامه‌های واکسیناسیون (هپاتیت B، HPV، آنفلوآنزا و ...)
- آموزش و حمایت از ترک مصرف تنباکو در افراد سیگاری
- توصیه به رژیم غذایی سالم، فعالیت بدنی منظم و کنترل وزن در افراد دارای اضافه‌وزن یا عوامل خطر قلبی-عروقی
- استفاده از روش‌های پیشگیری از بیماری‌های منتقله جنسی
- تأمین آب آشامیدنی سالم و بهداشت محیط در مناطق در معرض خطر

تفاوت اصلی پیشگیری نخستین به‌منظور جلوگیری از به‌وجود آمدن عوامل خطر در جامعه و در سطح سیاست‌های کلان و ساختاری عمل می‌کند و **رویکردی کاملاً بالادستی (upstream)** دارد. در مقابل، پیشگیری اولیه با عوامل خطر موجود مواجه شـــده و با هدف جلوگیری از تبدیل این عوامل به بیماری، در ســـطح فردی و گروهی مداخله می‌نماید و رویکردی پایین‌دستی‌تر (downstream) محسوب می‌شود.

پیشـگیری نخسـتین می‌کوشـد تا «عوامل خطر اصـلاً به وجود نیایند»، در حالی که پیشـگیری اولیه تلاش می‌کند «عوامل خطر موجود به بیماری تبدیل نشوند».

۱. **پیشگیری ثانویه Secondary Prevention** هدف: تشخیص زودهنگام بیماری در مرحله بدون علامت یا اولیه و درمان سریع برای جلوگیری از پیشرفت و عوارض .تمرکز روی غربالگری و مداخله زودرس .مثال‌ها:
   - ماموگرافی برای تشخیص زودهنگام سرطان پستان
   - تست پاپ‌اسمیر یا HPV برای سرطان دهانه رحم
   - اندازه‌گیری فشار خون و قند خون دوره‌ای
   - کولونوسکوپی برای تشخیص پولیپ‌ها قبل از سرطان روده

۲. **پیشـگیری ثالثیه Tertiary Prevention** هدف: کاهش عوارض و ناتوانی ناشـی از بیماری پس از بروز آن، بهبود کیفیت زندگی و جلوگیری از بدتر شدن وضعیت .تمرکز روی درمان، بازتوانی و حمایت طولانی‌مدت .مثال‌ها:
   - توانبخشی پس از سکته مغزی یا حمله قلبی
   - کنترل قند خون در دیابت برای جلوگیری از قطع پا یا نابینایی
   - داروهای ضدپلاکت پس از انفارکتوس میوکارد
   - حمایت روانی و شغلی برای بیماران مزمن

۷۹-دولت یک کشـــور،به منظور مقابله با شـــیوع روزافزون بیماری‌های قلبی-عروقی در جامعه، مجموعه‌ای از اقدامات را به اجرا می‌گذارد. این اقدامات شـــامل: راه‌اندازی کمپین‌های آموزشـــی ملی در مورد خطرات رژیم غذایی پرچرب، تجهیز بیمارســـتان‌ها به بخش‌های پیشـــرفته توانبخشـــی قلب، تصـــویب قوانینی برای اعطای یارانه به تولیدکنندگان مواد غذایی ســـالم جهت کاهش قیمت نهایی برای مصـــرف‌کننده و راه‌اندازی ایســـتگاه‌های ســـیار در میادین شـــهر برای اندازه‌گیری رایگان فشـــار خون و قند خون اســـت. کدام یک از اقدامات ذکر شـــده، به عنوان بنیادی‌ترین و ریشـــه‌ای‌ترین مداخله، در ســـطح پیشـــگیری مقدماتی (Primordial Prevention) طبقه‌بندی می‌شود؟

الف) تصویب قوانین برای اعطای یارانه به تولیدکنندگان مواد غذایی سالم جهت کاهش قیمت نهایی
ب) راه‌اندازی کمپین‌های آموزشی ملی در مورد خطرات رژیم غذایی پرچرب
ج) راه‌اندازی ایستگاه‌های سیار برای اندازه‌گیری رایگان فشار خون و قند خون
د) تجهیز بیمارستان‌ها به بخش‌های پیشرفته توانبخشی قلب برای بیماران

۷۹- گزینه الف صحیح است	**سطح سوال: سخت**	**مبحث سوال: پیشگیری**
سطوح پیشگیری در بهداشت عمومی و پزشکی پیشگیرانه		

۱. پیشگیری مقدماتی (Primordial Prevention)

این سطح به عنوان بالاترین سطح پیشگیری در مدل‌های بهداشت عمومی شناخته می‌شود. تمرکز اصلی آن بر **جلوگیری از ایجاد و تثبیت عوامل خطر (Risk Factors)** برای بیماری‌هاست، پیش از آنکه این عوامل در جمعیت یا افراد ظاهر شوند. برخلاف سایر سطوح که بر افراد یا گروه‌های خاص تمرکز دارند، پیشگیری مقدماتی بر کل جامعه و عوامل ریشه‌ای مانند فقر، آموزش ناکافی یا آلودگی محیطی تأکید دارد و اغلب از طریق سیاست‌گذاری‌های کلانِ اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و محیطی اجرا می‌شود.

- **اهداف کلیدی:**
- جلوگیری از ظهور ریسک فاکتورها از طریق بهبود عوامل تعیین‌کننده اجتماعی سلامت مانند درآمد، آموزش و محیط زیست.
- تمرکز بر سیاست‌های عمومی برای ایجاد تغییرات پایدار در سطح جامعه مانند قوانین کاهش آلودگی.
- کاهش نابرابری‌های سلامت در مراحل اولیه، پیش از تبدیل شدن به مشکلات فردی.
- **مثال‌های کاربردی:**
- سیاست‌های دولتی برای افزودن ید به نمک خوراکی در سطح ملی، جهت جلوگیری از کمبود ید پیش از ایجاد مشکل.
- برنامه‌ریزی شهری برای احداث پارک‌ها و مسیرهای پیاده‌روی جهت ترویج ورزش و جلوگیری از شیوع چاقی.
- قوانین ممنوعیت تبلیغات سیگار و کمپین‌های آموزشی برای کاهش مصرف تنباکو از سنین پایه.
- بهبود شرایط اقتصادی جوامع محروم برای جلوگیری از استرس مزمن یا سوءتغذیه که زمینه‌ساز بیماری‌های قلبی هستند.

۲. سطح اول پیشگیری (Primary Prevention)

این سطح شامل مداخلاتی است که هدف آن‌ها **جلوگیری از بروز بیماری، آسیب یا ناتوانی قبل از وقوع آن‌هاست**. جامعه هدف در این سطح، افراد سالم یا گروه‌های در معرض خطر هستند.

- **اهداف کلیدی:**
- افزایش مقاومت و ایمنی بدن.
- کاهش مواجهه با عوامل بیماری‌زا.
- تقویت عادات و رفتارهای سالم از طریق آموزش و تغییرات محیطی.
- **مثال‌های کاربردی:**
- واکسیناسیون کودکان مثلاً علیه سرخک، فلج اطفال و... .
- برنامه‌های آموزشی در مدارس پیرامون رژیم غذایی سالم و ورزش منظم برای پیشگیری از دیابت و چاقی.
- مداخلات بهداشت محیطی مانند تصفیه و بهبود کیفیت آب آشامیدنی برای پیشگیری از بیماری‌های عفونی.

۳. سطح دوم پیشگیری (Secondary Prevention)

این سطح بر **تشخیص زودهنگام و درمان سریع** بیماری، آسیب یا ناتوانی تمرکز دارد تا از پیشرفت آن جلوگیری شود. این مداخلات معمولاً برای افراد بدون علائم واضح (Asymptomatic) یا در مراحل بسیار اولیه بیماری انجام می‌شود.

- **اهداف کلیدی:**
- شناسایی زودرس مشکلات سلامت.

- کنترل علائم در همان مراحل ابتدایی.
- جلوگیری از گسترش بیماری به مراحل پیشرفته‌تر و خطرناک‌تر.
- **مثال‌های کاربردی:**
- غربالگری شنوایی در نوزادان برای تشخیص زودهنگام نقص‌های شنوایی و مداخله سریع.
- انجام ماموگرافی منظم برای زنان در گروه‌های پرخطر جهت تشخیص زودهنگام سرطان پستان.
- برنامه‌های غربالگری فشار خون و قند خون در کلینیک‌ها برای شناسایی و درمان اولیه بیماری.

۴. سطح سوم پیشگیری (Tertiary Prevention)

این سطح شامل مداخلاتی است که **پس از بروز بیماری، آسیب یا ناتوانیِ تثبیت‌شده** انجام می‌شود. هدف اصلی در اینجا درمان قطعی نیست، بلکه مدیریت عوارض است.

- **اهداف کلیدی:**
- کاهش عوارض جانبی و محدود کردن ناتوانی.
- توانبخشی بیمار برای بازگشت به سطح عملکردی مطلوب.
- جلوگیری از عود بیماری، بدتر شدن وضعیت و مدیریت بیماری‌های مزمن (بهبود کیفیت زندگی).
- **مثال‌های کاربردی:**
- برنامه‌های توانبخشی و فیزیوتراپی برای افراد پس از سکته مغزی جهت بهبود استقلال حرکتی.
- مراقبت‌های تخصصی برای بیماران دیابتی مانند معاینه و مدیریت زخم‌های پا برای جلوگیری از قطع عضو.
- بازپروری شغلی برای افراد مبتلا به بیماری‌های عصبی-عضلانی جهت یادگیری مهارت‌های جدید و بازگشت به کار.

سطح چهارم پیشگیری (Quaternary Prevention)

در پزشکی مدرن، سطح چهارمی نیز به این مدل اضافه شده است:

- **تعریف:** اقداماتی که برای جلوگیری از **مداخلات پزشکی غیرضروری** (Over-medicalization) انجام می‌شود.
- **هدف:** محافظت از بیمار در برابر آسیب‌های ناشی از تشخیص بیش از حد (Overdiagnosis)، تجویز داروهای غیرضروری، یا انجام جراحی‌ها و آزمایشاتی که سود آن‌ها کمتر از ضررشان است.
- **مثال:** عدم تجویز آنتی‌بیوتیک برای عفونت‌های ویروسی ساده (مانند سرماخوردگی)، یا خودداری از انجام سی‌تی‌اسکن‌های مکرر و بی‌دلیل که بیمار را در معرض اشعه قرار می‌دهد.

گزینه ب (غلط): این اقدام در سطح **پیشگیری اولیه (Primary)** قرار دارد. اگرچه این کمپین‌ها برای افراد سالم اجرا می‌شوند، اما هدف آن‌ها جلوگیری مستقیم از یک **عامل خطر مشخص** (رژیم غذایی پرچرب) از طریق آموزش است. این مداخله، محیط و شرایط اقتصادی را تغییر نمی‌دهد، بلکه سعی در تغییر رفتار افراد در محیط موجود دارد.

گزینه ج (غلط): این اقدام نمونه بارز **پیشگیری ثانویه (Secondary)** است. هدف آن **تشخیص زودهنگام** (غربالگری) بیماری (فشار خون بالا یا دیابت) در افرادی است که ممکن است از بیماری خود بی‌خبر باشند تا بتوان درمان را هرچه سریع‌تر آغاز کرد و از پیشرفت بیماری جلوگیری نمود.

گزینه د (غلط): این اقدام به وضـوح در سـطح **پیشـگیری ثالثیه (Tertiary)** قرار دارد. این کار پس از وقوع بیماری مانند سکته قلبی و برای **کاهش عوارض، ناتوانی و کمک به بهبودی** (توانبخشی) بیمار انجام می‌شود تا کیفیت زندگی او را بهبود بخشد.

۱۱۹- کدام یک از اقدامات زیر به‌عنوان پیشـگیری نوع سـوم در کاهش عوارض اختلالات روانی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مؤثر است؟

الف) برگزاری کارگاه‌های آموزشی سلامت روان و مشاوره عمومی

ب) بازگرداندن بیماران روانی به فعالیت‌های روزمره و اجتماعی

ج) ارتقای سلامت روان جامعه از طریق برنامه‌های عمومی

د) شناسایی و درمان زودهنگام اختلالات روانی

۱۱۹- گزینه ب صحیح است	**سطح سوال: ساده**	**مبحث سوال: بهداشت روان**

پیشگیری نوع سوم (Tertiary Prevention) در حوزه سلامت روان به اقداماتی اشاره دارد که پس از ابتلا به اختلال روانی و استقرار بیماری انجام می‌شود. این نوع پیشگیری زمانی مطرح است که بیماری پیشرفت کرده و هدف آن جلوگیری از تشدید بیشـتر بیماری، کاهش عوارض و ناتوانی‌های ناشـی از آن و کمک به بازتوانی بیمار برای بازگشـت به جامعه و ازسـرگیری فعالیت‌های اجتماعی به‌صورت نسبی یا کامل است. به عبارت دیگر، پیشگیری نوع سوم بر کاهش شیوع آثار باقیمانده و ناتوانی حاصل از اختلال تمرکز دارد و شامل برنامه‌های بازتوانی روانی-اجتماعی، حمایت‌های اجتماعی و مداخلات برای بهبود کیفیت زندگی بیماران است.

بازتوانی روانی-اجتماعی (Psychosocial Rehabilitation) به بیماران مبتلا به اختلالات روانی کمک می‌کند تا مهارت‌های زندگی روزمره، اجتماعی و شـغلی خود را بازیابند. این اقدام با کاهش ناتوانی‌های ناشـی از بیماری، بهبود کیفیت زندگی و جلوگیری از عود بیماری، هسته اصلی پیشگیری نوع سوم را تشکیل می‌دهد. برنامه‌های بازتوانی شامل آموزش مهارت‌های زندگی، حمایت‌های اجتماعی و ادغام مجدد در جامعه است.

۸۶- پس از سیل، پرستار سلامت محیط در یک اردوگاه، کلرزنی آب را پایش می‌کند. برای اطمینان از گندزدایی بهینه در شرایط معمول، شاخص عملی کدام است؟

الف) صفر شدن کامل سختی آب

ب) وجود کلر آزاد باقیمانده

ج) حذف کامل مواد جامد محلول

د) افزایش اکسیژن محلول تا حد اشباع

سؤال ۸۶ کنکور ۱۴۰۵ با سؤال ۷۶ و ۸۸ آزمون ۵ شباهت داشت و با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۷۶- در فرآیند کلرزنی آب آشامیدنی، نقطه شکست (Break Point) دقیقاً به کدام مورد اشاره دارد؟
الف) نقطه‌ای که برای اولین بار کلر باقی‌مانده آزاد در آب ظاهر می‌شود و پس از آن با افزایش دوز کلر، مقدار کلر باقی‌مانده به طور خطی افزایش می‌یابد.
ب) نقطه‌ای که حداکثر مقدار کلرآمین‌ها تشکیل شده و پس از آن با افزایش دوز کلر، مقدار کلر باقی‌مانده شروع به کاهش می‌کند.
ج) نقطه‌ای که تمام آمونیاک موجود در آب اکسید شده، کلرآمین‌ها به طور کامل تخریب می‌شوند و کلر باقی‌مانده فقط به صورت کلر آزاد ظاهر می‌شود.
د) نقطه‌ای که کمترین مقدار کلر باقی‌مانده نزدیک به صفر مشاهده می‌شود و قبل از آن مقدار کلر باقی‌مانده در حال افزایش بوده است.

۷۶- گزینه ج صحیح است	**سطح سوال: سخت**	**مبحث سوال: بهداشت آب**

کلرزنی در تصفیه آب

اهمیت کلرزنی

در تصفیه آب، اگر کیفیت آب خوب باشد، می‌توان مراحل **لخته‌سازی، انعقاد و ته‌نشینی** را حذف کرد، اما **مرحله کلرزنی به هیچ وجه نباید حذف شود.**

حتی اگر آب تمام مراحل فوق را طی کند، همچنان احتمال وجود باکتری‌های بیماری‌زا در آن وجود دارد. بنابراین **گندزدایی مداوم آب ضروری است** و باید مقداری ماده گندزدا به صورت **کلر باقی‌مانده** در سراسر شبکه توزیع وجود داشته باشد.

- مقدار کلر باقی‌مانده در **انتهای شبکه** باید بین **سه دهم تا پنج دهم میلی‌گرم در لیتر (ppm)** باشد.

اثرات کلر

کلر **عوامل میکروبی بیماری‌زا** را از بین می‌برد، اما بر موارد زیر تأثیر چندانی ندارد (مگر در مقادیر بسیار بالا):

- هاگ میکروب‌ها
- برخی ویروس‌ها مانند ویروس پلیو و هپاتیت ویروسی
- تخم کرم‌ها
- کیست یاخته‌های تک‌یاخته‌ای انگلی

فواید کلرزنی

۱. ضدعفونی کردن آب
۲. اکسید کردن آهن، منگنز و هیدروژن سولفید
۳. حذف برخی اجزای مولد بو و طعم نامطبوع
۴. جلوگیری از رشد جلبک‌ها و زیست‌مندهای مولد لجن لزج
۵. کمک به فرآیند انعقاد ذرات در آب

تأثیر pH بر کارایی کلر

- هر قدر **pHآب کمتر** باشد، اثر ضدعفونی‌کننده کلر **بیشتر** است.
- اما به دلیل **بوی زننده کلر** و **خوردگی لوله‌ها** در pH پایین، محدوده بهینه **pH بین ۵/۵ تا ۷/۵** پیشنهاد می‌شود.
- اگر pH بیشتر از **۸/۵** باشد، گندزدایی با کلر نامطمئن خواهد بود.
- خوشبختانه بیشتر آب‌های طبیعی pH بین **۶ تا ۷/۵** دارند.

نکات مهم اجرایی

- آبی که کلرزنی می‌شود باید **صاف و بدون کدورت** باشد، زیرا کدورت مانع اثرگذاری کلر می‌شود.
- **نقطه شکست:** نقطه‌ای که مقدار کلر اضافه‌شده دقیقاً برای واکنش با مواد آلی و آمونیاک کافی است و پس از آن **کلر آزاد (کلر باقی‌مانده)** در آب ظاهر می‌شود.
- اگر مقدار کلر اضافه‌شده بیش از **۶-۵ میلی‌گرم در لیتر** باشد، می‌تواند باعث **مسمومیت** شود.
- کلر باقی‌مانده باید حداقل **۲۰ دقیقه** با میکروب‌ها و ویروس‌ها در تماس باشد تا اثر کامل داشته باشد.

مواد مورد استفاده در کلرزنی

- معمولاً از **گاز کلر** استفاده می‌شود.
- همچنین از **هیپوکلریت کلسیم** $[Ca(ClO)_2]$استفاده می‌شود.
- متداول‌ترین ماده برای کلرزنی: **هیپوکلریت کلسیم**.

سایر مواد و روش‌های گندزدایی

- ازن(O_3)
- ید
- برم
- اشعه ماورای بنفش(UV)

این مواد نیز به عنوان جایگزین یا مکمل کلر در گندزدایی آب به کار می‌روند.

۸۸- در پی وقوع زلزله شدید در یک شهر، هزاران نفر به اردوگاه‌های موقت اسکان داده شده‌اند. در روزهای اول پس از حادثه، مسئول بهداشت محیط اردوگاه گزارش می‌دهد که منابع آب محدود است و امکان تأمین آب لوله‌کشی وجود ندارد. جمعیت اردوگاه حدود ۵۰۰۰ نفر است و پیش‌بینی می‌شود حداقل دو هفته وضعیت اضطراری ادامه داشته باشد. با توجه به اصول بهداشت محیط در شرایط اضطراری، اولویت اولیه مسئول بهداشت محیط برای تأمین آب آشامیدنی ایمن در این اردوگاه کدام است؟

الف) تأمین حداقل ۶۰-۴۰ لیتر آب به ازای هر نفر در روز برای پوشش نیازهای بیمارستان‌های صحرایی و تسهیلات پزشکی

ب) تأمین حداقل ۲۰-۱۵ لیتر آب به ازای هر نفر در روز برای بهداشت شخصی، تهیه غذا و شستشو

ج) تمرکز بر تأمین حداقل ۵-۳ لیتر آب به ازای هر نفر در روز فقط برای آشامیدن و اولویت دادن به گندزدایی منابع موجود

د) نصب شیرهای آب متعدد به نحوی که هر ۱۰۰ نفر حداقل ۱۰-۱۲ لیتر آب برای خدمات عمومی دریافت کنند.

۸۸- گزینه ج صحیح است	سطح سوال: متوسط	مبحث سوال: بلایای طبیعی و اقدامات در شرایط اضطراری

اقدامات بهداشت محیط در شرایط اضطراری

در اولین ساعات پس از وقوع بلا، ضروری‌ترین وظیفه، پیدا کردن و نجات دادن افراد مجروح، پیر و علیل و کسانی است که به دلایلی قادر به فرار از موقعیت‌های خطرناک نیستند. معمولاً عملیات نجات توسط مأموران آتش‌نشانی، ارتش و سایر نیروهای امدادی اداره می‌شود، اما امکان دارد مأموران بهداشت نیز در این فعالیت‌ها شرکت کنند.

هنگام انتقال افراد به محل‌های موقت، اقدامات بهداشتی چندانی نمی‌توان انجام داد. باید به مأموران امداد توصیه شود که فقط غذاهای فاسدنشدنی (که احتیاج به پخت و پز ندارند) توزیع نمایند.

تأمین آب آشامیدنی در شرایط اضطراری

۱. محاسبه جمعیت بر اساس آمار قبل از حادثه.
۲. محاسبه مصرف سرانه برای زنده ماندن افراد.
۳. حداقل آب مورد نیاز برای ادامه حیات: ۳-۵ لیتر برای هر نفر در روز (فقط آشامیدن).
۴. مصرف شخصی: ۱۵-۲۰ لیتر برای هر نفر در روز (بهداشت شخصی، تهیه غذا، تمیز کردن زخم‌ها و شستشوی کودکان).
۵. تسهیلات پزشکی و بیمارستان‌ها: ۴۰-۶۰ لیتر آب برای هر تخت در روز.
۶. مراکز خدمات عمومی: ۱۰-۱۲ لیتر آب برای هر نفر در روز.

مقادیر فوق برای مصرف آب در مدت دو هفته پس از بلا هستند و هرچه زمان بیشتری از وقوع بلا بگذرد، توانایی سازمان‌های مسئول در تأمین آب افزایش می‌یابد و امکان تأمین آب بیشتر فراهم می‌گردد.

- برای هر ۱۰۰ نفر باید یک شیر آب نصب شود.
- هیچ خانواده‌ای نباید بیش از ۱۰۰ متر تا محل برداشت آب فاصله داشته باشد.

جهت تأمین آب می‌توان از چشمه‌ها و قنات‌هایی که در اطراف شهر وجود دارند استفاده کرد (چون این آب‌ها فقط به کلرزنی نیاز دارند). در شرایطی که تهیه آب از سایر منابع امکان‌پذیر نباشد، از آب رودخانه به شرط گندزدایی و کلرزنی می‌توان استفاده کرد.

پر کلرین (هیپوکلریت کلسیم): چنانچه دور از رطوبت و حرارت نگهداری شود، کلر خود را برای مدت یک سال بدون تغییر حفظ می‌کند. افزایش pH و کاهش درجه حرارت آب موجب کاهش قدرت میکروب‌کشی کلر می‌شوند.

- ۵ گرم پر کلرین برای هر مترمکعب آب لازم است.
- ۵ گرم پر کلرین + ۱۰ لیتر آب برای شستشوی کف حمام و توالت مناسب است.

در صورت عدم دسترسی به مواد ضدعفونی‌کننده، می‌توان از روش جوشاندن آب استفاده کرد.

تغذیه در شرایط اضطراری

۱. **توزیع همگانی:** مواد غذایی به صورت خام در اختیار افرادی قرار می‌گیرد که امکان طبخ دارند.
۲. **تغذیه همگانی:** توزیع مواد غذایی به صورت آماده برای خوردن.
۳. **تغذیه مکمل:** علاوه بر مواد غذایی مورد نیاز برای همه افراد، برای گروه‌های آسیب‌پذیر (مانند کودکان و سالخوردگان) مواد غذایی مقوی به صورت خاص ارائه می‌شود.
۴. **تغذیه درمانی:** برای افرادی که توانایی استفاده از مواد غذایی به صورت معمولی ندارند (مانند سرم‌درمانی).

در شرایط اضطراری به هیچ وجه نباید غذای آماده‌شده برای وعده بعدی کنار گذاشته شود.

در مورد نگهداری مواد غذایی خشک در انبار:

- قفسه‌های مواد غذایی باید حدود ۱۰ سانتی‌متر از دیوارها و ۴۵ سانتی‌متر از کف اتاق فاصله داشته باشند تا تهویه به خوبی انجام شود.

جهت گندزدایی ظروف:

- ابتدا ظروف به مدت ۵ دقیقه در آب جوش قرار گیرند، سپس با غلظت کلر ۱۰۰ ppm به مدت ۳۰ ثانیه ضدعفونی شوند.
- معتبرترین ماده ضدعفونی‌کننده ظرف که نیاز به آبکشی ندارد، **هالامید** است.

اقدامات بهسازی صحیح در زمینه نگهداری، تهیه و توزیع غذا در شرایط اضطراری باید انجام شود، زیرا غذا به سرعت آلوده می‌شود و شرایط برای همه‌گیری بیماری‌های منتقل‌شونده از طریق غذا فراهم می‌گردد.

اقدامات لازم بهداشتی

۱. بازرسی کیفیت مواد غذایی برای کشف فساد و آلودگی.
۲. بازرسی کیفیت آب مرکز تهیه غذا.
۳. مبارزه با حشرات و جوندگان موزی در انبارها، آشپزخانه و مراکز تغذیه.
۴. انبار کردن صحیح مواد غذایی و رعایت زنجیره سرما برای مواد غذایی فسادپذیر.
۵. دفع صحیح فضولات مایع و جامد.
۶. شستشو و گندزدایی ظروف.
۷. نظارت بر تهیه و توزیع غذا.
۸. معاینات بهداشتی کارکنان مراکز تغذیه.

محل‌هایی که باید تحت نظارت مستقیم مأموران بهداشت باشند

۱. وسایل نقلیه‌ای که انتقال مواد غذایی توسط آن‌ها صورت می‌گیرد.
۲. انبار مواد غذایی.
۳. مراکز تغذیه جمعی (از جمله آشپزخانه‌ها).
۴. بیمارستان‌های اضطراری.
۵. مراکز توزیع شیر.

تغذیه گروه‌های آسیب‌پذیر

کودکان، مادران باردار، زنان شیرده، سالمندان و بیماران جزء گروه‌های آسیب‌پذیر محسوب می‌شوند:

۱. شیر مادر بهترین و سالم‌ترین غذا برای کودکان زیر ۲ سال است، اما تهیه غذای کمکی برای کودکان ضروری است.
۲. برای تهیه غذای کمکی، از آب جوشیده سردشده استفاده شود و وسایل و ظروف ضدعفونی و تمیز باشند.
۳. به کودکان دچار اسهال، مایعات و ORS داده شود.
۴. غذای تهیه‌شده برای کودک نباید بیشتر از چند ساعت در محیط باقی بماند.

در بحران‌های شدید می‌توان از این فرمول استفاده کرد:

- شیر خشک (۴ قسمت) + روغن (۲ قسمت) + شکر (۱ قسمت) را مخلوط کرده و به مدت یک هفته در محل خشک و ظرف درب‌دار نگهداری کنید.
- در هر نوبت، یک قسمت از این مخلوط را با چهار قسمت آب مخلوط و مصرف نمایید.

۵. ذخیره مواد خشک (حبوبات، غلات و ...) ضروری است.

۶. ذخیره‌سازی مغزها و خشکبار (گردو، بادام، کشمش و ...)، روغن و شکر ضروری است.
۷. در صورت امکان، ذخیره شیر خشک، مواد غذایی کنسروی و آب سالم بهداشتی ضروری است.
۸. توزیع یک سهمیه خشک اضافه بر جیره روزانه به گروه‌های آسیب‌پذیر ضروری است.

در ۲۴ ساعت اول بعد از حادثه، غذای کنسروی و حاضری رضایت‌بخش‌ترین روش توزیع است.

۸۷- در تصفیه آب یک اجتماع کوچک، پرستار درباره صافی شنی کُند، آموزش می‌دهد. نقش اصلی در حذف زیستی میکروارگانیسم‌ها کدام است؟

الف) لایه شن درشت زیرین

ب) مخزن ذخیره پس از صافی

ج) لوله‌های زهکش تحتانی

د) لایه زیستی سطحی صافی

سؤال ۸۷ کنکور ۱۴۰۵ با سؤال ۸۳ آزمون ۶ و سوال ۷۹ آزمون ۵ و سوال ۹۳ آزمون ۹ سنا شباهت داشت و با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۸۳- در فرآیند تصفیه آب آشامیدنی، صافی شنی کند بعد از مدتی لایه زیستی روی ماسه تشکیل می‌دهد. نقش اصلی این لایه زیستی در تصفیه آب چیست؟

الف) ایجاد جریان مکانیکی برای هدایت ذرات معلق به خروجی صافی

ب) جذب مواد آلی و جلوگیری از عبور باکتری‌ها، بهبود جداسازی میکروب‌ها نسبت به صافی تازه

ج) ترکیب شیمیایی با کلر برای حذف کامل باکتری‌ها و ویروس‌ها

د) اکسیداسیون ذرات معلق و لجن برای حذف فلزات محلول

۸۳- گزینه ب صحیح است	**سطح سوال: سخت**	**مبحث سوال: بهداشت آب**

مراحل تصفیه آب

آب‌های آلوده را می‌توان به سه روش **مکانیکی، شیمیایی و زیستی (بیولوژیکی)** تصفیه کرد. بسته به کیفیت آب، می‌توان از یک یا چند روش زیر برای تصفیه آب آشامیدنی استفاده نمود:

۱. **آشغالگیری**
۲. **انبار کردن و ته‌نشینی**
   - ته‌نشینی با استفاده از مواد شیمیایی (لخته‌سازی)
   - ته‌نشینی بدون مواد شیمیایی
۳. **هوادهی**

۴. **فیلتراسیون (صاف‌سازی شنی)**
۵. **کلرزنی** (این مرحله در تصفیه آب آشامیدنی الزامی است)

۱. آشغالگیری

قبل از ورود آب به تصفیه‌خانه، شبکه‌های آشغالگیر برای گرفتن مواد بزرگ و شناور مورد استفاده قرار می‌گیرند. این مرحله از ورود مواد معلق و آشغال‌ها به مراحل بعدی جلوگیری می‌کند.

۲. انبار کردن و ته‌نشینی

اگر آب برای مدتی در مخزن بملند، میکروب‌های پاتوژن کاهش یافته یا از بین می‌روند. مثلاً اگر آب به مدت یک ماه در مخزن مناسب ذخیره شود، حدود ٪۹۸ باکتری‌های موجود از بین می‌روند.

- در صورت وجود باکتری‌های بیماری‌زا مثل باسیل حصبه یا وبا، قبل از مصرف آب **کلرزنی** یا ضدعفونی لازم است.

ته‌نشینی

- آب را وارد استخرهای بزرگ می‌کنند تا ذرات معلق ته‌نشین شوند.
- سرعت آب در داخل استخر حدود ۱۰ میلی‌متر بر ثانیه است.
- زمان ماند آب بسته به ناخالصی متفاوت است، ولی معمولاً ۲–۱۲ ساعت در نظر گرفته می‌شود.

لخته‌سازی (فلوکولاسیون)

برای کوتاه کردن مدت ته‌نشینی و کاهش نمک‌های محلول، از مواد شیمیایی استفاده می‌شود. این مواد با خنثی کردن بار منفی ذرات کلوئیدی، باعث تشکیل لخته (فلاک) می‌شوند.

فواید لخته‌سازی:

- کاهش کدورت آب
- کاهش رنگ
- حذف انگل‌ها و میکروارگانیسم‌ها
- حذف مواد مولد بو و طعم

مواد شیمیایی متداول:

- سولفات آلومینیوم
- آلومینات سدیم
- آهک
- کلرور آهن
- سولفات و سولفیت آهن
- سولفات مس

۳. هوادهی

هوادهی به منظورهای زیر انجام می‌شود:

۱. کاهش یا حذف طعم و بوی آب
۲. حذف گازهای محلول مانند CO_2 ، متان، هیدروژن سولفوره
۳. خنک کردن آب (به ویژه از چاه‌های عمیق)

۴. افزایش pH آب از حدود ۶ تا ۶.۵ به ۷تا۸ در تصفیه‌خانه‌ها

۴. پالایش آب (فیلتراسیون شنی)

الف) صافی شنی کند

- مناسب آب‌هایی با کدورت پایین که نیاز به ته‌نشینی کمی دارند.
- اگر کدورت آب بیش از ۵۰ ppm باشد، ابتدا باید ته‌نشینی انجام شود.
- ضخامت بستر ماسه: ۰.۶–۱.۵ متر، زیر آن یک لایه شن نازک برای جلوگیری از عبور ماسه ریز.
- صافی شنی کند می‌تواند ۹۹.۵–۹۹.۷٪ باکتری‌ها را جدا کند.
- **در زمانی که صافی تازه به کار می افتد تنها به صورت یک صافی مکانیکی است، ولی بعد تشکیل لایه زیستی میدهد. لایه زیستی از طریق گرفتن مواد آلی از عبور باکتری ها جلوگیری می کند**
- برای نظافت، ۲۰–۳۰ بار تراشیدن لایه بالایی لازم است و پس از آن بستر تازه ساخته می‌شود.

ب) صافی شنی تند

- تفاوت اصلی با صافی شنی کند **سرعت تصفیه آب** است.
- قبل از ورود به این صافی، آب مرحله لخته‌سازی و ته‌نشینی را گذرانده است.
- ظرفیت برداشت: ۱۲۵ کالن آب در ۲۴ ساعت
- انواع صافی شنی تند:
  ۱. نوع گرانشی
  ۲. نوع فشاری
- سطح هر واحد بستر: ۸۰–۹۰ مترمربع
- شستشوی معکوس ۱۵ دقیقه طول می‌کشد
- بازده جداسازی باکتری‌ها: ۹۸–۹۹٪

مکانیزم عمل صافی‌ها:

۱. جذب سطحی ذرات کلوئیدی توسط ماسه
۲. اکسیناسیون مستقیم مواد معدنی و آلی با اکسیژن محلول
۳. کمک به رشد باکتری‌های هوازی که به صورت لایه لجن روی ماسه‌ها تشکیل می‌شوند
۴. حذف مواد معلق به صورت مکانیکی

۵. کلرزنی

- مرحله کلرزنی **هرگز نباید حذف شود**، حتی اگر آب مراحل قبلی را طی کرده باشد، زیرا احتمال وجود باکتری‌های مولد بیماری وجود دارد.
- مقدار کلر باقیمانده در انتهای شبکه: ۰.۳–۰.۵ppm

فواید کلر:

۱. ضدعفونی کردن آب
۲. اکسید کردن آهن، منیزیم و هیدروژن سولفید
۳. حذف برخی اجزای مولد بو و طعم
۴. جلوگیری از رشد جلبک‌ها و لجن

۵. کمک به انعقاد آب

نکات مهم:

- آب قبل از کلرزنی باید صاف و بدون کدورت باشد.
- نقطه‌ای که کلر آزاد در آب مشاهده می‌شود، **نقطه شکست** نامیده می‌شود.
- اضافه شدن کلر بیش از حد (بیش از ۶تا۵mg/L) می‌تواند مسمومیت ایجاد کند.
- کلر حداقل باید ۲۰ دقیقه با میکروب‌ها و ویروس‌ها تماس داشته باشد.
- مواد متداول: گاز کلر، هیپوکلریت کلسیم($Ca(ClO)_2$)
- مواد دیگر: ازن، ید، اشعه ماوراء بنفش

۷۹-در فرآیند تصفیه ثانویه (بیولوژیکی) فاضلاب، کدام یک از روش‌های زیر برای حذف BOD به میزان حدود ۹۰-۹۵ درصد استفاده می‌شود؟

الف) حوضچه‌های ته‌نشینی مقدماتی

ب) صافی‌های چکنده

ج) حوضچه لجن فعال

د) اکسیداسیون شیمیایی

۷۹- گزینه ج صحیح است	**سطح سوال: متوسط**	**مبحث سوال: بهداشت فاضلاب**

روش‌های تصفیه فاضلاب

در تصفیه فاضلاب از روش‌های مختلفی استفاده می‌شود. بخشی که عمدتاً از نیروهای فیزیکی بهره می‌برد، **تصفیه اولیه** نام دارد. بخشی که مواد آلوده‌کننده با کمک فعالیت‌های بیولوژیکی جدا می‌شوند، **تصفیه ثانویه** نامیده می‌شود. **تصفیه سوم یا پیشرفته** به روش‌هایی اطلاق می‌شود که مواد آلوده‌کننده‌ای را که در دو مرحله قبلی جدا نشده‌اند، از فاضلاب حذف می‌کنند.

توجه: برای تمام فاضلاب‌ها از همه روش‌های ذکرشده استفاده نمی‌شود؛ بلکه بسته به شرایط و کیفیت فاضلاب، یک، دو یا هر سه مرحله به کار گرفته می‌شود.

۱. تصفیه اولیه

در این مرحله، بخشی از مواد شناور و مواد جامد معلق قابل ته‌نشینی از فاضلاب جدا می‌شوند. اجزای اصلی این مرحله عبارتند از:

- **آشغال‌گیری**: حذف اجسام درشت مانند چوب، پوست میوه، شیشه، سنگ و پلاستیک با استفاده از غربال (آشغال‌گیر) و گاهی آشغال‌خردکن.
- **شن‌گیری (دانه‌گیری)**: حذف ذرات سنگین مانند ماسه، خاک و شیشه شکسته.
- **چربی‌گیری و شناورسازی**.
- **حوضچه‌های ته‌نشینی مقدماتی**: مواد معلق کلوئیدی با کمک لخته‌سازی جدا می‌شوند.

عمل ته‌نشینی باید حداقل **۵۰ درصد بار آلودگی** و **۲۵ تا ۴۰ درصد BOD** فاضلاب را کاهش دهد.

حوضــچه‌های شــن‌گیری و ته‌نشــینی از مهم‌ترین واحدهای تصــفیه‌خانه به شــمار می‌روند، زیرا با حذف مواد جامد، حجم کار واحدهای بعدی را کاهش می‌دهند.

آشغال‌های جمع‌آوری‌شده معمولاً با دفن، سوزاندن یا خرد کردن و بازگرداندن به جریان فاضلاب دفع می‌شوند.

اگر تصفیه‌خانه فقط برای تصفیه اولیه طراحی شده باشد، پساب را با کلر ضدعفونی کرده و دفع می‌کنند؛ در غیر این صورت، به واحدهای تصفیه ثانویه هدایت می‌شود.

۲. تصفیه ثانویه (تصفیه بیولوژیکی)

در این مرحله، خروجی تصفیه اولیه به روش بیولوژیکی تصفیه می‌شود. تصفیه بیولوژیکی در واقع استفاده از موجودات ذره‌بینی است که به‌طور طبیعی مواد آلی را در آب‌های آلوده اکسید می‌کنند، اما در تصفیه‌خانه این فرآیند تسریع می‌گردد.

تسریع فعالیت بیولوژیکی از طریق **هوادهی** و انتخاب میکروارگانیسم‌های فعال و مؤثر انجام می‌شود.

روش‌های اصلی تصفیه ثانویه:

الف) حوضچه لجن فعال فاضلاب وارد حوضچه‌ای می‌شود که مقدار زیادی میکروارگانیسم فعال به صورت لجن به آن افزوده شده است. اکسیژن مورد نیاز مستقیماً از طریق هوادهی تأمین می‌شود. اگر حوضچه به‌خوبی طراحی شده باشد، **۹۰ تا ۹۵ درصد BOD** فاضلاب حذف می‌شود. پس از حوضچه لجن فعال، فاضلاب به حوضچه ته‌نشینی ثانویه هدایت می‌شود.

ب) صافی‌های چکنده از بسترهای سنگی (قلوه‌سنگی) استفاده می‌شود که میکروارگانیسم‌های اکسیدکننده مواد آلی به صورت لایه ژله‌مانند روی سنگ‌ها رشد کرده‌اند. فاضلاب از بالای بستر پاشیده شده و در تماس با این لایه‌ها، مراحل تصفیه بیولوژیکی را طی می‌کند. هوا نیز به‌طور طبیعی یا فشرده از میان سنگ‌ها عبور می‌کند. پساب خروجی از صافی‌ها به حوضچه ته‌نشینی هدایت می‌شود.

در هر دو روش (لجن فعال و صافی چکنده)، پساب نهایی حوضچه‌های ته‌نشینی ثانویه **کلرزنی** شده و دفع می‌شود. در کلرزنی باید حداقل **۱ mg/L کلر باقی‌مانده** به مدت **۱۵ دقیقه** در پساب وجود داشته باشد.

توجه: در فرآیند تصفیه، تعداد زیادی از میکروب‌های بیماری‌زا از بین می‌روند، اما همچنان ممکن است تعداد کافی برای ایجاد بیماری باقی بماند؛ بنابراین ضدعفونی نهایی ضروری است.

۳. تصفیه سوم (پیشرفته)

فاضلاب تصفیه‌شده به دو روش قبلی ممکن است همچنان حاوی موادی باشد که به‌راحتی جدا نمی‌شوند. برای حذف این مواد از روش‌های زیر استفاده می‌شود:

- اکسیداسیون شیمیایی
- انعقاد شیمیایی
- کربن فعال
- تعویض یون

نکات مهم

- در زمین‌هایی که پساب برای آبیاری استفاده می‌شود، محصولاتی مناسب هستند که با پساب تماس مستقیم نداشته باشند و احتمال خام‌خوردن آنها وجود نداشته باشد. بنابراین کشت محصولاتی مانند خیار، گوجه‌فرنگی، پیاز و نیشکر توصیه نمی‌شود.
- فضولات انسانی پس از دفع از بدن باید حدود **یک سال** در چاه جذب بماند تا مراحل تجزیه کامل شود و میکروب‌ها و تخم انگل‌های بیماری‌زا نابود گردند. ســپس می‌توان از آن به عنوان کود کشــاورزی اســتفاده کرد. به همین دلیل توصیه می‌شود **دو حلقه چاه** به‌صورت متناوب حفر شود.

۹۳-در یک تصفیه‌خانه آب، پس از انجام آشغال‌گیری، ته‌نشینی، هوادهی و فیلتراسیون شنی، مسئول فنی پیشنهاد می‌دهد که چون آب در این مراحل تا حد زیادی از مواد معلق و میکروب‌ها پاک شده است، می‌توان مرحله آخر را حذف کرد. پرستار سلامت جامعه/کارشناس بهداشت محیط باید بداند کدام پاسخ درست‌تر است؟

الف) این تصمیم درست است، چون صافی شنی کند و تند تقریباً همه میکروب‌ها را حذف می‌کنند و دیگر نیازی به ضدعفونی نهایی نیست.

ب) این تصمیم نادرست است، چون حتی بعد از مراحل قبلی نیز احتمال باقی ماندن عوامل بیماری‌زا وجود دارد و کلرزنی مرحله‌ای الزامی در تصفیه آب آشامیدنی است.

ج) حذف کلرزنی فقط وقتی مجاز است که هوادهی به‌خوبی انجام شده باشد، چون هوادهی هم گازها را حذف می‌کند و هم آب را ضدعفونی می‌کند.

د) اگر در مرحله ته‌نشینی از لخته‌سازی شیمیایی استفاده شده باشد، کلرزنی دیگر ضرورتی ندارد، چون مواد شیمیایی تمام میکروب‌ها را از بین می‌برند.

۹۳- گزینه ب صحیح است	**سطح سوال: سخت**	**مبحث سوال: بهداشت آب**

چرا هیچ‌کدام از مراحل دیگر نمی‌توانند جایگزین کلرزنی شوند:

۱. **الزام قانونی و ایمنی:** مرحله کلرزنی در تصفیه آب آشامیدنی **الزامی** است و تأکید شده که هرگز نباید حذف شود، حتی اگر آب مراحل قبلی را طی کرده باشد. این به دلیل احتمال وجود باکتری‌های مولد بیماری است که ممکن است از سد صافی‌ها عبور کرده باشند.

۲. **ماهیت صافی‌ها (فیلتراسیون):** صافی‌های شنی (چه تند و چه کند) عمدتاً بر مکانیسم‌های فیزیکی (جذب سطحی، گرفتن مواد معلق و لایه زیستی) تکیه دارند. اگرچه بازده جداسازی باکتری‌ها در صافی شنی کند تا ۹۹.۷٪ است، اما همین ۰.۳٪ باقی‌مانده می‌تولند در مقیاس جمعیتی فاجعه‌بار باشد. کلرزنی به عنوان یک سد دفاعی نهایی عمل می‌کند.

۳. **تداوم محافظت (کلر باقیمانده):** یکی از دلایل اصلی ضرورت کلرزنی، حفظ کلر باقیمانده در انتهای شبکه (۰.۳ تا ۰.۵ ppm) است. این کلر باقی‌مانده از رشد مجدد جلبک‌ها، لجن و میکروارگانیسم‌ها در مسیر لوله‌کشی شهر تا رسیدن به دست مصرف‌کننده جلوگیری می‌کند؛ کاری که فیلتراسیون یا هوادهی قادر به انجام آن نیستند.

۴. **نقش مکمل کلر:** کلرزنی فقط یک ضدعفونی‌کننده نیست.کلر هم‌زمان وظیفه اکسید کردن آهن، منیزیم، هیدروژن سولفید و حذف برخی عوامل مولد بو و طعم را نیز بر عهده دارد که آن را به یک مرحله چندمنظوره تبدیل می‌کند.

- **رد گزینه (الف):** هیچ صافی‌ای قادر به حذف ۱۰۰٪ عوامل بیماری‌زا نیست؛ لذا حذف کلرزنی به معنای مواجهه مستقیم مردم با ریسک شیوع بیماری‌های واگیردار است.
- **رد گزینه (ج):** هوادهی برای حذف گازها (مثل CO_2) و افزایش pH است و قدرت ضدعفونی‌کنندگی برای نابودی ویروس‌ها و باکتری‌ها را به اندازه‌ی کلر ندارد.
- **رد گزینه (د):** لخته‌سازی (فلوکولاسیون) ذرات کلوئیدی را به هم می‌چسباند تا ته‌نشین شوند. اگرچه این مرحله به حذف انگل‌ها کمک می‌کند، اما میکروب‌ها را به طور کامل از بین نمی‌برد و به هیچ‌وجه جایگزین ضدعفونی‌کننده نهایی نیست.

۹۰- پرستاری می‌گوید: «افراد این قوم معمولاً خانواده‌محورند، بنابراین لازم نیست از هر بیمار درباره ترجیحات تصمیم‌گیری سؤال کنم.» این دیدگاه به لحاظ فرهنگی بیش از همه نشان‌دهنده کدام است؟

الف) ارزیابی فرهنگی

ب) کلیشه‌سازی فرهنگی

ج) انطباق فرهنگی

د) آگاهی فرهنگی

سؤال ۹۰ کنکور ۱۴۰۵ با سؤال ۷۸ آزمون ۱ و سوال ۷۹ آزمون ۵ و سوال ۷۵ آزمون ۸ شباهت داشت و با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۷۸- کدام‌یک از گزینه‌های زیر بهترین مثال از تحمیل فرهنگی (Cultural Imposition) است؟		
الف) نسبت دادن رفتارهای یک گروه نژادی به یک فرد بدون در نظر گرفتن تفاوت‌های فردی		
ب) اعتقاد بر این که فرهنگ شخصی فرد بهتر و صحیح‌تر از سایر فرهنگ‌ها است.		
ج) اعمال عقاید، ارزش‌ها و رفتارهای فرهنگی خود فرد بر دیگرانی که فرهنگ متفاوتی دارند.		
د) تجربه سردرگمی و ناراحتی هنگام ارائه خدمات به فرهنگی دیگر		
۷۸- گزینه ج صحیح است	**سطح سوال: متوسط**	**مبحث سوال: تعیین کننده های سلامتی**

موانع کسب شایستگی فرهنگی

کسب شایستگی فرهنگی در مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند با موانع مختلفی مواجه شود که مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از:

کلیشه‌سازی :(Stereotyping) نسبت دادن عقاید و رفتارهای مشخص یک گروه نژادی به یک فرد، بدون در نظر گرفتن تفاوت‌های فردی.

تعصب و نژادپرستی(Prejudice and Racism) : برخورد تبعیض‌آمیز یا منفی نسبت به افراد بر اساس نژاد یا قومیت آن‌ها.

قوم‌پرستی(Ethnocentrism) : اعتقاد بر این که فرهنگ شخصی خود فرد بهتر و صحیح‌تر از سایر فرهنگ‌ها است.

تحمیل فرهنگی(Cultural Imposition) : اعمال عقاید، ارزش‌ها و عملکردهای فرهنگی خود فرد بر دیگرانی که فرهنگ متفاوتی دارند.

تضاد فرهنگی(Cultural Conflict) : بروز اختلاف و ناسازگاری میان ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی مختلف در موقعیت‌های بین‌فرهنگی.

شوک فرهنگی(Cultural Shock) : تجربه احساس بیچارگی، ناراحتی و سردرگمی یک فرد هنگام ارائه خدمات به فرهنگی دیگر.

۷۵- کدام گزینه بهترین توصیف از مرحله شایستگی فرهنگی در پرستاران است؟

الف) پرستار نسبت به اهمیت فرهنگ بی‌اطلاع است و تمایلی به تغییر نگرش یا رفتار خود ندارد.

ب) پرستار نسبت به اهمیت فرهنگ آگاهی دارد، اما هنوز مهارت‌های لازم برای ارائه مراقبت فرهنگی را به‌طور کامل کسب نکرده است.

ج) پرستار از اهمیت فرهنگ آگاه است، مسئولیت تغییر را می‌پذیرد و مهارت لازم برای ارائه مراقبت‌های سازگار با فرهنگ‌های مختلف را دارد.

د) پرستار باور دارد فرهنگ شخصی او برتر از سایر فرهنگ‌ها است و همان را در مراقبت اعمال می‌کند.

۷۵- گزینه ج صحیح است	**سطح سوال: متوسط**	**مبحث سوال: تعیین کننده های سلامتی**

پرستاران بهداشت جامعه برای ارائه خدمات، نیازمند برخورداری از شایستگی‌های گوناگون هستند که یکی از مهم‌ترین آن‌ها **شایستگی فرهنگی** است. شایستگی فرهنگی به معنای ترکیبی از سیاست‌ها، نگرش‌ها، عملکردها و رفتارهایی است که با فرهنگ سازگار بوده و به پرستاران امکان می‌دهد در موقعیت‌های بین‌فرهنگی به‌طور مؤثر فعالیت کنند. این توانایی سبب می‌شود کارکنان مراقبت‌های بهداشتی بتوانند پاسخگوی باورها، رفتارها و نیازهای افراد و جوامع مختلف باشند.

اهمیت شایستگی فرهنگی از آن‌جا ناشی می‌شود که فرهنگ نقش تعیین‌کننده‌ای در زندگی مردم دارد و همه کارکنان نظام سلامت نیازمند برخورداری از این تولنایی هستند. این مفهوم همچنین تأکید می‌کند که تمامی افراد جامعه، فارغ از نژاد یا پیشینه فرهنگی، باید مراقبتی منطبق با شرایط خود دریافت کنند. مراقبت مبتنی بر شایستگی فرهنگی می‌تواند پیامدهای بهداشتی جسمی و روانی مؤثرتری به همراه داشته باشد.

در مقابل، مراقبتی که فاقد شایستگی فرهنگی باشد، می‌تواند پیامدهای منفی متعددی ایجاد کند؛ از جمله کاهش کیفیت خدمات، افزایش هزینه‌های مراقبت، عدم دستیابی مددجویان به نتایج مطلوب و ضعف در برقراری ارتباط مؤثر میان پرستار و مددجو.

فرایند توسعه شایستگی فرهنگی در پرستاران دارای مراحلی است. در مرحله نخست، فرد فاقد شایستگی فرهنگی است؛ به این معنا که نسبت به اهمیت فرهنگ بی‌اطلاع بوده، تمایلی به تغییر ندارد و از مهارت‌های لازم نیز برخوردار نیست. مرحله دوم، **حساسیت فرهنگی** است که در آن پرستار نسبت به اهمیت فرهنگ آگاهی پیدا کرده و نگرش مثبتی دارد، اما هنوز برخی از مهارت‌های لازم را کسب نکرده است. در نهایت، مرحله سوم **شایستگی فرهنگی** است که طی آن پرستار آگاه و مطلع بوده، مسئولیت تغییر را می‌پذیرد و از مهارت و تبحر کافی برای ارائه مراقبت‌های سازگار با فرهنگ برخوردار می‌شود.

در هر یک از این مراحل، سه حوزه یادگیری نقش دارند:

- **حوزه شناختی** که مربوط به دانش و آگاهی است،
- **حوزه عاطفی** که به نگرش‌ها و باورها اشاره دارد،
- **حوزه روانی-حرکتی** که مهارت‌های عملی را شامل می‌شود.

تعامل این سه حوزه در نهایت کیفیت مراقبت پرستاری را تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب می‌شود مراقبت ارائه‌شده از سوی پرستار برای مددجو پذیرفتنی‌تر و اثربخش‌تر باشد.

موانع کسب شایستگی فرهنگی

کسب شایستگی فرهنگی در مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند با موانع مختلفی مواجه شود که مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از:

- **کلیشه‌سازی (Stereotyping)**: نسبت دادن عقاید و رفتارهای مشخص یک گروه نژادی به یک فرد، بدون در نظر گرفتن تفاوت‌های فردی.
- **تعصب و نژادپرستی (Prejudice and Racism)**: برخورد تبعیض‌آمیز یا منفی نسبت به افراد بر اساس نژاد یا قومیت آن‌ها.
- **قوم‌پرستی (Ethnocentrism)**: اعتقاد به این‌که فرهنگ شخصی فرد بهتر و صحیح‌تر از سایر فرهنگ‌ها است.
- **تحمیل فرهنگی (Cultural Imposition)**: اعمال عقاید، ارزش‌ها و عملکردهای فرهنگی خود فرد بر دیگرانی که فرهنگ متفاوتی دارند.
- **تضاد فرهنگی (Cultural Conflict)**: بروز اختلاف و ناسازگاری میان ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی مختلف در موقعیت‌های بین‌فرهنگی.
- **شوک فرهنگی (Cultural Shock)**: تجربه احساس بیچارگی، ناراحتی و سردرگمی فرد هنگام ارائه خدمات به فرهنگی دیگر.

۹۱- پرستاری در نخستین بازدید از منزل متوجه تنش بین اعضای خانواده می‌شود. برای آغاز یک ارزیابی خانواده‌محور، اقدام مناسب کدام است؟

الف) تعیین عامل اصلی مشکل

ب) تمرکز فقط بر عضو ارجاع شده

ج) بررسی ساختار نقشی و عملکرد خانواده

د) ارائه فوری توصیه‌های رفتاری

سؤال ۹۱ کنکور۱۴۰۵ با سؤال ۹۱ آزمون ۴ و سوال ۸۰ آزمون ۶ و سوال ۸۵ آزمون ۹ شباهت داشت و با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۹۱- کدام گزینه به طور مستقیم در مرحله‌ی دیدار در درون خانواده اشاره‌شده است؟		
الف) تعیین وقت ویزیت آینده با خانواده و برنامه‌ریزی برای بازدید بعدی		
ب) کسب اطلاعات اولیه از پرونده‌های بهداشتی قبل از مراجعه به منزل		
ج) انجام بررسی از ابعاد جسمی، روانی، فرهنگی‌اجتماعی، تغذیه‌ای و محیطی خانواده		
د) ثبت گزارش کامل فعالیت‌ها و واکنش خانواده پس از پایان بازدید		
۹۱- گزینه ج صحیح است	**سطح سوال: متوسط**	**مبحث سوال: اصول بازدید منزل**

مراحل بازدید منزل

۱. **مرحله آغازین**

بازدید منزل معمولاً بر اساس پیشنهاد یا ارجاع از مرکز بهداشت، مدرسه، کارخانجات و... یا تقاضای خانواده یا موردیابی انجام می‌شود. اساس دیدار بهداشتی در منزل باید بر پایه نیازها و موافقت بین خانواده و پرستار باشد. هدف بازدید منزل باید مشخص شده و دلایل و اهداف آن با خانواده در میان گذاشته شود.

۲. **مرحله قبل از بازدید منزل**

به طور کلی دو روش برای آمادگی جهت بازدید منزل پیشنهاد شده است:

۱. در روش اول، پرستار قبل از بازدید منزل، اطلاعات لازم برای بررسی و شناخت خانواده را از طریق پرونده‌های بهداشتی، گزارش‌ها و سایر منابع کسب می‌کند و سپس اولین بازدید خود را انجام می‌دهد. این روش دقیق‌تر است چرا که پرستار از پیش اطلاعاتی از جمله ترکیب سنی، جنسیتی، تعداد افراد خانواده وضعیت فرهنگی و اجتماعی و... به دست می‌آورد.

۲. در روش دوم، پرستار حین بازدید اول اطلاعات را کسب می‌کند و سپس می‌تواند اطلاعات بیشتری از طریق پرستاران و مراکز بهداشتی درباره خانواده به دست آورد. به هر حال پیشنهاد می‌شود پرستاری که برای اولین بار بازدید را انجام می‌دهد یا تجربه کافی ندارد، از روش اول استفاده کند. علاوه بر آن، پرستار باید اطلاعاتی از مطالعه‌ی پرونده‌ها و مصاحبه‌ها به‌دست آورد و از کتب علمی در مورد مسائل خاص خانواده‌ها (اعم از بیماری‌های جسمی، روانی و اجتماعی) مطالعه کند تا در برخورد با خانواده احساس امنیت بیشتری کند و بتواند به سؤالات خانواده پاسخ دهد و به آنان کمک کند. اشکال روش اول این است که پرستار تحت تأثیر برداشت دیگران از خانواده قرار می‌گیرد. به طور ایده‌آل، اگر خانواده تلفن داشته باشد، بهتر است قبل از بازدید قرار ملاقات گذاشته شود و البته باید با وقت خانواده هماهنگ باشد و هدف از بازدید مشخص شود. در این صورت احترام خانواده حفظ شده و به آنان فرصت داده می‌شود که خود را برای پذیرایی از یک فرد خارجی آماده کنند و در مورد بازدید فکر کنند. اگر خانواده تلفن نداشته باشد، باید از روش‌های دیگری برای اطلاع‌رسانی استفاده شود.

۳. **مرحله دیدار در درون خانواده**

ملاقات باید زمانی تنظیم شود که اکثر اعضای خانواده در منزل حضور داشته باشند. طول مدت زمان بازدید بین ۱۵ دقیقه و نهایتاً یک ساعت تنظیم می‌شود. در این مرحله، بررسی از پنج بعد جسمی، روانی، فرهنگی اجتماعی، تغذیه‌ای و محیط صورت می‌گیرد.

٤. **مرحله پایانی**

باید برای ویزیت آینده برنامه‌ریزی شود و وقت ویزیت بعدی تعیین گردد. پرستار بهداشت بازدید منزل را با یک بررسی کوتاه و مجدد از خانواده پایان می‌دهد. مشخصات خود و مؤسسه‌تان را به همراه شماره تلفن در اختیار خانواده قرار دهید.

٥. **مرحله بعد از بازدید**

در این مرحله گزارشات ثبت می‌شود و ثبت گزارشات از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. گزارش باید به گونه‌ای باشد که تداوم کار پرستار را به دنبال داشته باشد و در غیاب پرستار بتوان خط مشی او را دنبال کرد. گزارش‌ها شامل موارد زیر است:

۱. توصیف خانواده مورد بررسی
۲. نشان دادن فعالیت‌های بهداشتی انجام‌شده
۳. واکنش خانواده نسبت به مراقبت
٤. روشن کردن برنامه بازدید آینده

۸۰- پرستار بهداشت جامعه در بازدید منزل متوجه می‌شود خانواده‌ای با وجود دسترسی به منابع بهداشتی، دریافت آموزش‌های لازم و محیط سالم، در زمان بیماری یکی از اعضا دچار ناهماهنگی در تصمیم‌گیری و عدم تعیین نقش‌هاست. اولویت اصلی پرستار کدام است؟

الف) آموزش مجدد مراقبت از بیماری

ب) ارجاع به منابع حمایتی

ج) ارزیابی پویایی خانواده و نقش‌ها

د) تمرکز بر مراقبت مستقیم از بیمار

۸۰- گزینه ج صحیح است	**سطح سوال: متوسط**	**مبحث سوال: اصول بازدید منزل**

اهداف ویژه بازدید منزل

۱. **بررسی و شناخت محدودیت‌ها و توانایی‌های خانواده**
هدف اولیه، شناسایی منابع، مشکلات و توانمندی‌های خانواده است تا برنامه‌های بهداشتی مؤثری تنظیم شود.

۲. **آشنایی خانواده با نیازهای بهداشتی خود**
این هدف به خانواده کمک می‌کند تا نیازهای بهداشتی خود را شناسایی و درک کنند.

۳. **آشنا ساختن خانواده با چگونگی رفع نیازهای بهداشتی**
هدف این بخش، ارائه راهکارها و آموزش‌های عملی به خانواده جهت رفع نیازهای بهداشتی است.

۴. **آشنا کردن خانواده با استفاده از توانایی‌های خود**
این هدف به توانمندسازی خانواده کمک می‌کند تا از منابع و امکانات موجود خود به بهترین شکل استفاده کنند.

۵. **آشنایی خانواده با منابع بهداشتی موجود**
معرفی منابع بهداشتی موجود در جامعه و نحوه استفاده از آن‌ها برای ارتقاء سطح بهداشت خانواده.

۶. **ترغیب خانواده به کنترل و شرکت فعال در مقابله با بحران‌ها و نیازهای بهداشتی**
این هدف به ایجاد حس مسئولیت و مشارکت در خانواده کمک می‌کند تا در مواجهه با بحران‌ها و چالش‌های بهداشتی، فعالانه عمل کنند.

کانون فعالیت پرستاری بهداشت جامعه در منزل

فعالیت‌های پرستاری در منزل می‌تواند بر اساس پنج هدف اساسی زیر باشد:

۱. **ارتقای سیستم‌های حمایتی مؤثر و مناسب**
ایجاد و تقویت سیستم‌های حمایتی که افراد را به استفاده از منابع بهداشتی مرتبط با سلامت تشویق می‌کند.

۲. **ارتقای مراقبت مناسب و مؤثر از اعضای خانواده با مشکلات خاص**
ارائه مراقبت‌های ویژه برای اعضای خانواده که مشکلات خاص بهداشتی دارند.

۳. **مشوق رشد و تکامل طبیعی اعضای خانواده و آموزش ارتقای سلامت**
کمک به رشد و تکامل طبیعی اعضای خانواده از طریق آموزش‌های بهداشتی و پیشگیری از بیماری‌ها.

۴. **تقویت عملکرد خانواده**
تقویت توانمندی‌ها و عملکرد کلی خانواده در مواجهه با مسائل بهداشتی.

۵. **ارتقای محیط بهداشتی خانواده**
کمک به بهبود و ارتقای محیط بهداشتی خانه به منظور کاهش خطرات بهداشتی.

طبقه‌بندی مشکلات خانواده و ارتباط آن‌ها با اهداف

مشکلات خانواده می‌تواند در چهار دسته اصلی قرار گیرد:

۱. **مسائل زندگی و منابع (مربوط به هدف ۱)**

این مشکلات شامل مسائلی است که به منابع و شرایط زندگی خانواده مربوط می‌شود.

۲. **وضعیت سلامت و انحراف از آن (مربوط به هدف ۲)**

مشکلاتی که به وضعیت سلامت خانواده و انحراف از وضعیت بهداشتی مطلوب اشاره دارد.

۳. **الگوها و دانش حفظ سلامت (مربوط به هدف ۳ و ۵)**

مشکلات مربوط به الگوهای بهداشتی نادرست و نیاز به آموزش در مورد روش‌های حفظ سلامت.

۴. **ساختار و پویایی خانواده (مربوط به هدف ۴)**

مشکلاتی که به ساختار خانواده و نحوه تعامل اعضا در ارتباط با مسائل بهداشتی و عملکرد خانواده مرتبط است.

علت‌های انجام بازدید منزل

۱. **درخواست یا نیاز خانواده**

بازدید منزل ممکن است به درخواست مستقیم خانواده یا بر اساس نیاز تشخیص‌داده‌شده آن‌ها انجام شود. در این حالت، فرد بازدیدکننده معمولاً با استقبال و پذیرش خانواده مواجه می‌شود.

۲. **بررسی و ارزیابی شرایط محیطی خانواده**

در برخی موارد، بازدید با هدف بررسی وضعیت محیط زندگی و شرایط بهداشتی خانواده انجام می‌گیرد که در این حالت ممکن است پرستار با استقبال کمتری از سوی خانواده روبه‌رو شود.

۳. **پیگیری مسائل بهداشتی شناسایی‌شده در مراکز مختلف**

بازدید منزل می‌تواند به منظور پیگیری مشکلات بهداشتی که در مراکز بهداشتی، مدارس، کارگاه‌ها یا بیمارستان‌ها شناسایی شده‌اند انجام شود؛ مانند بیماری‌های واگیردار از جمله سل.

مثال‌هایی از موارد نیازمند بازدید منزل

- خانواده‌هایی که دارای **بیمار روانی** یا **کودک با عقب‌ماندگی ذهنی** هستند.
- خانواده‌های **سالمند** که توانایی مراجعه به مراکز بهداشتی را ندارند.
- خانواده‌های دارای **زن باردار** یا **نوزاد** که نیاز به مراقبت و پیگیری ویژه دارند.

۸۵- پرستار سلامت جامعه قصد انجام اولین بازدید منزل از یک خانواده را دارد. او پیش از مراجعه، اطلاعاتی درباره ترکیب سنی و جنسی اعضای خانواده، تعداد افراد، وضعیت اجتماعی و مشکلات احتمالی را از پرونده‌های بهداشتی و گزارش‌های قبلی جمع‌آوری می‌کند. با وجود اینکه این روش به پرستار دید اولیه خوبی می‌دهد، ممکن

اســت باعث ایجاد نوعی پیش‌داوری نســبت به خانواده شــود. این وضــعیت مربوط به کدام مرحله و کدام روش در فرآیند بازدید منزل است؟

الف) مرحله آغازین؛ تعیین هدف بازدید بر اساس ارجاع مرکز بهداشت

ب) مرحله قبل از بازدید؛ جمع‌آوری اطلاعات از منابع موجود پیش از ملاقات با خانواده

ج) مرحله دیدار در خانواده؛ ارزیابی مستقیم وضعیت سلامت و نیازهای بهداشتی اعضای خانواده

د) مرحله بعد از بازدید؛ ثبت گزارش به‌منظور امکان ادامه مراقبت توسط سایر پرستاران

۸۵- گزینه ب صحیح است	**سطح سوال: متوسط**	**مبحث سوال: بازدید از منزل**

هدف کلی بازدید منزل

کمک به خانواده برای رسیدن به استقلال و خودکفایی در حفظ سلامت و رفع نیازهای بهداشتی خود.

علت‌های انجام بازدید منزل

۱. درخواست یا نیاز خانواده؛ در این حالت معمولاً پرستار مورد پذیرش خانواده قرار می‌گیرد.

۲. تحقیق و بررسی وضعیت محیطی و خانوادگی؛ در این حالت ممکن است استقبال خانواده کمتر باشد.

۳. پیگیری مشکلات بهداشتی شناسایی‌شده در مرکز بهداشت، مدرسه، کارگاه یا بیمارستان؛ مانند سل و سایر بیماری‌ها.

مراحل بازدید منزل

۱. **مرحله آغازین**

- بازدید معمولاً بر اســاس ارجاع از مرکز بهداشــت، مدرســه، کارخانه، بیمارســتان، تقاضــای خانواده یا موردیابی انجام می‌شود.
- اساس بازدید باید بر پایه نیاز خانواده و توافق میان پرستار و خانواده باشد.
- پرستار باید هدف و دلیل بازدید را مشخص کرده و با خانواده در میان بگذارد.

۲. **مرحله قبل از بازدید**

دو روش برای آمادگی قبل از بازدید وجود دارد:

- **روش اول:** پرستار پیش از بازدید، **اطلاعات لازم را از پرونده‌های بهداشتی، گزارش‌ها و منابع دیگر جمع‌آوری می‌کند.** این روش دقیق‌تر اســت، زیرا پرســتار با ترکیب ســنی، جنســیت، تعداد اعضــای خانواده، وضــعیت فرهنگی، اجتماعی و مشکلات احتمالی خانواده آشنا می‌شود.
- **روش دوم:** پرستار در حین اولین بازدید اطلاعات را جمع‌آوری می‌کند و سپس اطلاعات تکمیلی را از مراکز بهداشتی یا سایر پرستاران به دست می‌آورد.

برای پرســتاران کم‌تجربه یا در اولین بازدید، روش اول مناســب‌تر اســت؛ هرچند ممکن اســت پرســتار تحت تأثیر برداشــت قبلی دیگران از خانواده قرار گیرد.

۳. **مرحله دیدار در درون خانواده**

- زمان ملاقات باید طوری تنظیم شود که بیشتر اعضای خانواده در منزل حضور داشته باشند.
- مدت بازدید معمولاً بین ۱۵ دقیقه تا حداکثر یک ساعت است.
- در این مرحله پرستار وضعیت خانواده را بررسی کرده، نیازهای بهداشتی را شناسایی می‌کند و آموزش یا مراقبت لازم را ارائه می‌دهد.

۴. **مرحله پایانی**

- پرستار باید بازدید را با یک بررسی کوتاه و جمع‌بندی مجدد پایان دهد.

- برای ویزیت بعدی برنامه‌ریزی کرده و زمان آن را با خانواده هماهنگ کند.
- مشخصات خود، نام مؤسسه مربوطه و شماره تلفن تماس را در اختیار خانواده قرار دهد.

۵. **مرحله بعد از بازدید**

در این مرحله گزارش بازدید ثبت می‌شود. ثبت گزارش اهمیت زیادی دارد، زیرا باید به‌گونه‌ای باشد که در صورت نبود پرستار، فرد دیگری بتواند ادامه مراقبت را بر اساس همان خط‌مشی دنبال کند.

موارد موجود در برگه گزارش

۱. توصیف خانواده مورد بررسی
۲. فعالیت‌های بهداشتی انجام‌شده
۳. واکنش خانواده نسبت به مراقبت‌ها
۴. برنامه بازدید آینده

۹۳- یک سال پس از زلزله، توصیه به مقاوم‌سازی ساختمان‌ها، اصلاح و تقویت شبکه‌های حیاتی، بطور عمده مربوط به کدام مرحله است؟

الف) آمادگی

ب) بازیابی

ج) کاهش خطر

د) پاسخ

سؤال ۹۳ کنکور ۱۴۰۵ با سؤال ۸۷ آزمون ۵ سنا شباهت داشت و با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۸۷- در مرحله آمادگی جامعه مدیریت بلایا، کدام یک از موارد زیر به عنوان عامل کلیدی برای پیشگیری از مرگ‌ومیر و به حداقل رساندن خسارت‌ها ذکر شده است؟		
الف) بازسازی بناها و تأسیسات اقتصادی		
ب) اعلام خطر زودهنگام		
ج) آموزش شخصی به پرستاران در برنامه‌های محلی		
د) انتخاب افراد منعطف و قاطع برای تیم بلایا		
۸۷- گزینه ب صحیح است	**سطح سوال: متوسط**	**مبحث سوال: بلایای طبیعی و اقدامات در شرایط اضطراری**
مراحل مدیریت بلایا		

۱. پیشگیری

اقدامات پیشگیری شامل تشدید بازرسی‌ها، اصلاح امور امنیتی و نظارتی، ایمن‌سازی، جداسازی یا قرنطینه و ارائه آموزش به افراد جامعه است.

۲. آمادگی

۱-۲. آمادگی شخصی

کارمندی که در بلایا فعالیت می‌کند، اگر از سلامت خوبی برخوردار نباشد، قادر نخواهد بود خدمات قابل توجهی ارائه دهد.

۲-۲. آمادگی حرفه‌ای

برای مدیریت بلایا منطقی است که افرادی را انتخاب کنیم که منعطف، قاطع، از لحاظ عاطفی باثبات و دارای استقامت بدنی باشند. افرادی که در زمینه مدیریت بلایا آموزش دیده‌اند و سابقه ارائه خدمت در بلایا دارند، اعضای باارزشی از تیم بلایا خواهند بود.

آمادگی حرفه‌ای نیازمند این است که پرستاران ضمن آگاهی از برنامه‌های موجود در محل کارشان، مدارس و جامعه، این برنامه‌ها را به خوبی درک کنند. پرستاران باید از تاریخچه بلایا در جامعه و چگونگی تأثیر آن‌ها بر نظام ارائه خدمات بهداشتی آگاهی داشته باشند. همچنین پرستاران باید در برنامه‌های آموزشی که در زمینه ارائه خدمات در بلایا برگزار می‌شوند، شرکت نمایند.

۳-۲. آمادگی جامعه

نظام بهداشت عمومی، آمادگی نظام مراقبت سلامت و زیرساخت‌های مراقبت سلامت جامعه باید ارتقا یابند. اولین خط دفاعی، ادارات بهداشت عمومی هستند و باید در هر کشوری برای ارائه خدمات اضطراری آماده باشند.

توافق‌های کمک دوجانبه بین سازمان‌های مختلف مانند بیمارستان‌ها، مراکز مراقبت سلامت و دیگر نهادهای درگیر در بلایا و دولت، برای اطمینان از تسریع در ارائه خدمات ضروری است. طراحی، اجرا، ارزشیابی و به‌روزرسانی مداوم برنامه‌ها باید مورد توجه قرار گیرد.

وجود سیستم اعلام خطر (هشداردهنده) مناسب و داشتن برنامه‌ای برای تخلیه افراد در معرض خطر (که تمایلی به ترک منطقه ندارند) در هر جامعه‌ای ضروری است. برای پیشگیری از مرگ‌ومیر و به حداقل رساندن خسارت، اعلام خطر زودهنگام ضروری است. ارتباط، عامل کلیدی در این مرحله به شمار می‌رود.

۳. واکنش

اولین واکنش به بلایا در سطح محلی با بسیج سازمان‌هایی مانند آتش‌نشانی، انتظامی، بهداشت عمومی و سازمان‌های داوطلبانه (مانند صلیب سرخ) صورت می‌گیرد و سپس در صورت لزوم، از دیگر شهرها یا کشورها کمک درخواست می‌شود.

۴. بهبودی

در طول این مرحله، دولت کمک‌هایی را از طریق بازسازی بناها، تأسیسات و مؤسسات اقتصادی با همکاری افراد، بخش خصوصی و مؤسسات غیردولتی انجام می‌دهد.

ارزشیابی برنامه مقابله با بلایا باید صورت گیرد و بر اساس تجربیات کسب‌شده، تغییرات لازم اعمال شود. در این مرحله، پرستاران در زمینه ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری و ارزیابی خطر فعالیت می‌نمایند. پرستاران باید از چالش‌های بیماری‌های خاص منطقه مطلع باشند.

پایش محیط زیست برای پیشگیری و محدود نگه داشتن بیماری‌های عفونی ضروری است. ارائه خدمات بهداشت روان، به‌ویژه به گروه‌های در معرض خطر، یکی دیگر از وظایف پرستار بهداشت جامعه است.

عکس‌العمل عاطفی مصدومان بلایا مشابه عکس‌العمل‌های عاطفی به مرگ است و شامل چهار مرحله می‌شود: انکار، عکس‌العمل عاطفی شدید، پذیرش و بهبودی.

۹۵- در یک گروه آموزشی کنترل وزن، اعضاء در جلسات نخست درباره نقش خود ابهام دارند و برای تعیین قواعد و اهداف به رهبر وابسته‌اند. گروه در کدام مرحله رشد قرار دارد؟

الف) شکل‌گیری

ب) تعارض

ج) هنجارسازی

د) عملکرد

سؤال ۹۵ کنکور ۱۴۰۵ با سؤال ۹۴ آزمون ۳ و سوال ۸۵ آزمون ۸ سنا شباهت داشت و با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۹۴- بر اساس مدل تاکمن و تحقیقات تکمیلی، کدام یک از گزینه‌های زیر به‌طور دقیق و کامل نشان‌دهنده تفاوت کلیدی میان مرحله هنجارگذاری و مرحله عملکرد است؟
الف) در مرحله Norming تعارضات به‌طور کامل از بین می‌روند، در حالی که در مرحله Performing ممکن است تعارضات جدید و سازنده پدیدار شوند.
ب) در مرحله Norming تمرکز گروه بر انسجام عاطفی و پذیرش نقش‌هاست، اما در مرحله Performing انرژی گروه به‌طور کامل به حل مسئله و دستیابی به اهداف معطوف می‌شود و ساختارهای گروهی به‌صورت پویا تغییر می‌کنند تا عملکرد بهینه شود.
ج) مرحله Norming بالاترین سطح بلوغ گروه را نشان می‌دهد و پس از آن گروه وارد فاز نگهداری (maintenance) می‌شود، در حالی که Performing تنها اجرای وظایف روزمره است.
د) تفاوت اصلی در میزان انرژی اعضای گروه است؛ در Norming انرژی پایین و در Performing انرژی بالاست.

۸۵- کدام یک از مراحل تشکیل گروه در مدل تاکمن، با تعارضات فردی، رقابت بر سر قدرت و رهبری و تنش بالا مشخص می‌شود؟
الف) مرحله شکل‌گیری (Forming Stage)
ب) مرحله طوفانی (Storming Stage)

ج) مرحله هنجارگذاری (Norming Stage)

د) مرحله عملکرد (Performing Stage)

۸۵- گزینه ب صحیح است	**سطح سوال: ساده**	**مبحث سوال: پویایی گروه**

مراحل تشکیل گروه مدل تاکمن

۱. مرحله شکل‌گیری (Forming Stage)

در این مرحله گروه تازه تشکیل شده و هویت اولیه خود را پیدا می‌کند:
گروه خود را می‌شناسد و با ایجاد مرزهایی خود را از محیط جدا می‌کند.
اعضا از غیراعضا قابل تشخیص می‌شوند، اما هنوز رسالت، اهداف و تعهدات گروه برایشان روشن نیست.
ویژگی‌ها: عدم بلوغ گروهی، ارتباطات سطحی، علایق غیرمنسجم و ایده‌های متفاوت درباره اهداف گروه.
اعضا به موقعیت و نقش خود در گروه اطمینان ندارند.
رفتار اعضا معمولاً مؤدب، محتاط و آرام است و ارتباطات محدود و رسمی است.

۲. مرحله طوفانی (Storming Stage)

سخت‌ترین و ناخوشایندترین مرحله که با فشارهای روانی بالا همراه است:
تعارضات فردی، خشونت کلامی یا رفتاری، بی‌اعتمادی و نزاع بر سر قدرت و رهبری رخ می‌دهد.
اعضا برای کسب جایگاه، نفوذ و کنترل با یکدیگر رقابت می‌کنند.
این مرحله اغلب پرتنش و پر از مقاومت است، اما عبور موفق از آن برای رشد گروه ضروری است.

۳. مرحله هنجارگذاری (Norming Stage)

در این مرحله آرامش به گروه بازمی‌گردد و انسجام شکل می‌گیرد:
تعارضات قبلی عمدتاً حل شده یا مدیریت می‌شوند.
مسئولیت‌ها و نقش‌ها مشخص و پذیرفته می‌شوند.
رفتارها قابل پیش‌بینی می‌شود.
همبستگی و اعتماد میان اعضا افزایش می‌یابد.
اعضا نقش‌های فعال و سازنده‌ای را می‌پذیرند.
اقدامات گروه شروع به اثربخش شدن می‌کند.

۴. مرحله عملکرد (Performing Stage)

بهترین و مطلوب‌ترین مرحله که گروه به بلوغ کامل رسیده است:
اهداف و مقاصد گروه کاملاً روشن و مشترک است.
اعضا خود را بخشی واقعی از گروه می‌دانند.
هر عضو با وظایف و مسئولیت‌های خود کاملاً آشناست.
انتظارات از هر فرد مشخص و پذیرفته شده است.
گروه با کارایی و اثربخشی بالا عمل می‌کند و تمرکز بر دستیابی به اهداف است.

۵. مرحله پایان (Adjourning Stage) یا (Dissolving / Mourning Stage)

مرحله خاتمه و جدایی (که بعداً توسط تاکمن اضافه شد):

مأموریت گروه به پایان رسیده است.

اعضا احساس رضایت خاطر و آرامش دارند.

ممکن است حس غم، دلتنگی یا افتخار به دستاوردها وجود داشته باشد.

گروه به طور رسمی یا غیررسمی منحل می‌شود و اعضا مسیرهای جداگانه‌ای را در پیش می‌گیرند

۹۶- در یک برنامه غربالگری دو مرحله‌ای، پرستار ابتدا دو آزمون را به‌صورت موازی در نظر می‌گیرد؛ یعنی مثبت بودن هر یک برای ارجاع کافی است. نسبت به کاربرد متوالی همان دو آزمون، انتظار کدام تغییر وجود دارد؟

الف) حساسیت کمتر و ویژگی بیشتر

ب) حساسیت و ویژگی هر دو بیشتر

ج) ارزش اخباری مثبت همیشه بیشتر

د) حساسیت بیشتر و ویژگی کمتر

سؤال ۹۶ کنکور۱۴۰۵ با سؤال ۷۴ آزمون ۹ آزمون ۸ سنا شباهت داشت و با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۷۴- در یک برنامه غربالگری فشار خون، از تستی با حساسیت ۹۸٪ و ویژگی ۵۵٪ استفاده می‌شود. پرستار سلامت جامعه باید اولویت اصلی خود را در پیگیری نتایج این غربالگری بر روی کدام گروه بگذارد و چرا؟		
الف) افراد با نتیجه منفی به دلیل احتمال منفی کاذب		
ب) افراد با نتیجه مثبت به دلیل احتمال مثبت کاذب		
ج) افراد با نتیجه مثبت به دلیل احتمال مثبت واقعی		
د) افراد با نتیجه منفی به دلیل احتمال منفی واقعی		
۷۴- گزینه ب صحیح است	**سطح سوال: سخت**	**مبحث سوال: غربالگری**
۱. حساسیت ۹۸ درصد حساسیت به ما می‌گوید که این دستگاه غربالگری چقدر در پیدا کردن افراد بیمار خوب عمل می‌کند. وقتی حساسیت ۹۸ درصد است، یعنی اگر ۱۰۰ نفر آدم واقعاً بیمار دارای فشار خون بالا را با این دستگاه تست کنیم، دستگاه ۹۸ نفر آن‌ها را به درستی پیدا می‌کند و نتیجه‌شان را مثبت اعلام می‌کند. فقط ۲ نفر از زیر دست دستگاه در می‌روند و به اشتباه به آن‌ها گفته می‌شود سالم هستید، به این حالت منفی کاذب می‌گوییم.		

- نتیجه‌گیری برای پرستار: چون احتمال خطای منفی شدن تست بسیار پایین و فقط ۲ درصد است، اگر جواب تست کسی منفی شد، پرستار می‌تواند با خیال بسیار راحت او را به خانه بفرستد و نیازی به پیگیری او نیست.

۲. ویژگی ۵۵ درصد

ویژگی به ما می‌گوید که این دستگاه چقدر در تشخیص افراد سالم خوب عمل می‌کند.

وقتی ویژگی فقط ۵۵ درصد است که عدد پایینی محسوب می‌شود، یعنی اگر ۱۰۰ نفر آدم کاملاً سالم را با این دستگاه تست کنیم، دستگاه فقط به ۵۵ نفر از آن‌ها به درستی می‌گوید که سالم هستند و جواب منفی می‌دهد.

پس تکلیف آن ۴۵ نفر دیگر چه می‌شود؟ دستگاه به اشتباه به آن‌ها می‌گوید که شما فشار خون دارید و جوابشان را مثبت اعلام می‌کند! به این حالت مثبت کاذب می‌گوییم.

- نتیجه‌گیری برای پرستار: دستگاه در اعلام نتیجه مثبت بسیار دست‌ودلباز است و افراد سالمِ زیادی را به اشتباه در گروه بیماران قرار داده است.

۳. حالا چرا پرستار باید فقط سراغ گروه مثبت برود؟

تصور کنید روز غربالگری تمام شده و پرستار دو دسته برگه در دست دارد: برگه‌های مثبت و برگه‌های منفی.

- دسته برگه‌های منفی: به لطف حساسیت ۹۸ درصد، پرستار می‌داند که این افراد واقعاً سالم هستند. پرونده این گروه بسته است.
- دسته برگه‌های مثبت: اینجاست که مشکل شروع می‌شود. به دلیل ویژگی پایین یعنی ۵۵ درصد، پرستار می‌داند که در این دسته برگه، تعداد بسیار زیادی از افراد کاملاً سالم وجود دارند که دستگاه به اشتباه آن‌ها را بیمار تشخیص داده است، یعنی همان خطای ۴۵ درصد در افراد سالم.

وظیفه اصلی پرستار در اینجا این است که:

افرادی که نتیجه تستشان مثبت شده است را دوباره فراخوان کند، فشار خون آن‌ها را با دستگاه‌های دقیق‌تر مثلاً هولتر ۲۴ ساعته فشار خون یا معاینه دقیق توسط پزشک دوباره اندازه بگیرد تا بیماران واقعی را از افراد سالمی که به اشتباه مثبت شده‌اند و مثبت کاذب هستند، جدا کند.

اگر پرستار این کار را نکند و همه افراد دارای تست مثبت را بیمار فرض کند، به افراد سالم بی‌دلیل داروی فشار خون داده می‌شود که می‌تواند عوارض خطرناکی برایشان داشته باشد و استرس روانی بیهوده‌ای به آن‌ها وارد کند.

مشابهت سوالات روان پرستاری

۹۷- هنگام برنامه‌ریزی برای مراقبت از کودک مبتلا به اختلال اوتیسم شدید، اولویت تشخیص پرستاری کدام است؟

الف) خطر خودآسیب‌رسانی

ب) اختلال در تعامل اجتماعی

ج) خطر سوءتغذیه

د) اختلال در هویت فردی

سؤال ۹۷ کنکور۱۴۰۵ با سؤال ۱۱۵ آزمون ۸ شباهت داشت و با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۱۱۵- در تشخیص افتراقی اوتیسم (ASD) از اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی (ADHD)، کدام ویژگی مشخصه بارز و مختص به ASD است؟		
الف) دشواری در حفظ تمرکز یکپارچه روی تکالیف طولانی و خسته‌کننده		
ب) قطع کردن مکرر صحبت دیگران و ناتوانی در رعایت نوبت		
ج) نقص در درک تقابل اجتماعی-هیجانی و خواندن نشانه‌های غیرکلامی		
د) حواس‌پرتی سریع در برابر محرک‌های نامربوط و خارجی		
۱۱۵- گزینه ج صحیح است	**سطح سوال: سخت**	**مبحث سوال: ترکیبی**

۱. دلیل مشکلات در تعاملات اجتماعی

- **در ADHD:** مشکل در ارتباطات اجتماعی معمولاً به دلیل **بی‌قراری و تکانشگری** است. فرد ممکن است وسط حرف دیگران بپرد، نتواند در صف منتظر بماند، یا به دلیل حواس‌پرتی به حرف‌های طرف مقابل گوش ندهد. آن‌ها معمولاً قوانین اجتماعی را درک می‌کنند، اما در اجرای آن‌ها در لحظه مشکل دارند.
- **در اوتیسم (ASD):** مشکل ناشی از **دشواری در درک نشانه‌های اجتماعی** است. فرد ممکن است در برقراری تماس چشمی مشکل داشته باشد، زبان بدن، کنایه‌ها، استعاره‌ها و قوانین نانوشته‌ی اجتماعی را متوجه نشود. ارتباطات آن‌ها معمولاً بسیار مستقیم و صریح است.

۲. تفاوت در نوع مشکل تمرکز

- **در ADHD:** ذهن فرد مدام به دنبال محرک‌های جدید (دوپامین) است؛ بنابراین به راحتی توسط صداها، افکار یا اتفاقات محیطی **حواسش پرت می‌شود**. تمرکز روی کارهای خسته‌کننده برایشان به شدت دشوار است.
- **در اوتیسم (ASD):** فرد ممکن است روی موضوعاتی که خارج از علایق خاص اوست تمرکز نکند، اما وقتی پای موضوع مورد علاقه‌اش در میان باشد، دچار **تمرکز بیش از حد (Hyperfocus)** می‌شود؛ به طوری که ممکن است ساعت‌ها متوجه گذر زمان یا محیط اطراف نشود.

۳. روتین، نظم و تغییرات

- **در ADHD:** این افراد معمولاً از روتین‌های تکراری و یکنواخت **خسته می‌شوند** و به دنبال تنوع، هیجان و کارهای جدید هستند. ساختار دادن به کارها برایشان سخت است.
- **در اوتیسم (ASD):** این افراد به شدت به **روتین‌ها و پیش‌بینی‌پذیری وابسته هستند**. تغییرات ناگهانی در برنامه‌ها یا محیط می‌تواند باعث اضطراب شدید یا بهم‌ریختگی عصبی در آن‌ها شود.

۴. حرکات فیزیکی و رفتارهای تکراری

- **در ADHD:** حرکات فیزیکی مثل تکان دادن پا یا ور رفتن با اشیاء معمولاً برای **تخلیه انرژی اضافه** یا کمک به حفظ تمرکز انجام می‌شود.

- **در اوتیســـم (ASD)**: رفتارهای تکراری مثل تکان دادن دســـت‌ها، چرخیدن یا تکرار کلمات، معمولاً برای **تنظیم حسی و آرام کردن خود** در برابر استرس یا هیجان زیاد انجام می‌شود.

گزینه ۳ (صحیح): بر اساسDSM-5 ، هسته مرکزی و تفاوت بنیادین اوتیسم(ASD) ، نقص در ارتباط و تعامل اجتماعی **(**Social-Emotional Reciprocity**)** و ناتوانی در درک نشانه‌های غیرکلامی مثل تماس چشمی، زبان بدن و لحن صدا است. این مشکل در ASD ریشه در درک شناختی-اجتماعی دارد، در حالی که در ADHD فرد قوانین اجتماعی را درک می‌کند اما ممکن است در اجرای آن‌ها مشکل داشته باشد.

گزینه ۱ و ۴ (غلط): ناتوانی در حفظ توجه پایدار روی تکالیف خســـته‌کننده و حواس‌پرتی با محرک‌های بیرونی، از معیارهای اصلی بخش نقص توجه (Inattention) در اختلال ADHD هستند.

گزینه ۲ (غلط): قطع کردن صحبت دیگران، ناتوانی در انتظار و رعایت نوبت، مستقیماً به بخش تکانشگری (Impulsivity) در اختلال ADHD مربوط می‌شود. اگرچه این رفتار تعامل اجتماعی را مختل می‌کند، اما ریشه آن تکانشگری است نه عدم درک مفاهیم اجتماعی.

۹۸- مددجویی با تشخیص اختلال شخصیت ضداجتماعی در بخش روان‌پزشکی بستری شده است. ویژگی منطبق با این تشخیص کدام است؟

الف) احساس گناه به دلیل انجام کار نادرست

ب) عدم بینش نسبت به رفتار خود

ج) توانایی یادگیری از تجربیات گذشته

د) اطاعت از پزشک و افراد دارای قدرت

سؤال ۹۸ کنکور۱۴۰۵ با سؤال ۱۰۵ آزمون ۶ شباهت داشت و با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۱۰۵- مرد ۲۸ ساله، سابقه چندین بار دستگیری (سرقت، ضرب و جرح) از ۱۴ سالگی دارد. امروز در دعوای خیابانی با چاقو فرد مقابل را زخمی کرده است. در اورژانس آرام است، لبخند می‌زند و می‌گوید: اون خودش خواست، من فقط دفاع کردم. اصلاً مهم نیست. شغل ثابت ندارد، روابط پایدار ندارد. هیچ پشیمانی نشان نمی‌دهد، فقط می‌پرسد: چقدر زندان می‌رم؟ سابقه اختلال مصرف الکل دارد. بدون علائم افسردگی، مانیا یا سایکوز. **محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟**
الف) اختلال شخصیت مرزی
ب) اختلال شخصیت ضداجتماعی
ج) اختلال شخصیت نارسیستیک
د) اختلال انفجاری متناوب

۱۰۵- گزینه ب صحیح است	**سطح سوال: ساده**	**مبحث سوال: اختلالات شخصیت**

اختلال شخصیت ضداجتماعی(Antisocial Personality Disorder - ASPD)

تعریف خلاصه الگویی فراگیر از **نادیده گرفتن و نقض حقوق دیگران** از سن ۱۸ سالگی به بعد، همراه با رفتارهای غیرمسئولانه، استثمارگرانه، فریبکارانه و بدون احساس گناه یا پشیمانی.

اپیدمیولوژی

- شیوع در جمعیت عمومی: حدود **۳ درصد** (مردان ۳–۵ برابر زنان)
- در زندانیان: **۵۰ درصد یا بیشتر** (بالاترین شیوع در جمعیت خاص)
- شایع‌تر در: مردان، طبقات پایین اجتماعی-اقتصادی، مناطق شهری فقیر و پرتحرک
- اختلال مصرف مواد: شایع‌ترین همزمانی با هم

معیارهای تشخیصی DSM-5-TR

A. الگوی فراگیر نقض حقوق دیگران از ۱۸ سالگی به بعد + **حداقل ۳ مورد** از ۷ مورد زیر:

۱. ناتوانی در انطباق با هنجارهای قانونی (اعمال مجرمانه مکرر)
۲. فریبکاری (دروغگویی مکرر، استفاده از نام مستعار، گول زدن دیگران برای سود شخصی)
۳. تکانشگری یا ناتوانی در برنامه‌ریزی
۴. تحریک‌پذیری و پرخاشگری (دعوا یا حمله فیزیکی مکرر)
۵. بی‌اعتنایی بی‌پروا به ایمنی خود یا دیگران
۶. بی‌مسئولیتی پایدار (عدم ثبات شغلی یا تعهدات مالی)
۷. عدم پشیمانی (بی‌تفاوتی نسبت به آسیب رساندن به دیگران یا توجیه آن)

B. حداقل ۱۸ سال سن

C. شواهد **اختلال سلوک** (Conduct Disorder)قبل از ۱۵ سالگی

D. رفتار ضداجتماعی منحصراً در طی اسکیزوفرنی یا اختلال دوقطبی رخ نداده باشد

نکات مهم و افتراقی

- سابقه **اختلال سلوک در کودکی/نوجوانی** ←شرط الزامی (بدون آن تشخیص ASPD نمی‌توان گذاشت)
- **سایکوپاتی** ASPD ≠(تحقیقات جدید تمایز می‌دهند؛ سایکوپاتی بیشتر کمبود عاطفی و سطحی دارد)
- **تشخیص افتراقی مهم** :اختلال شخصیت مرزی (خودزنی و ترس از طرد دارد)، اختلال شخصیت نارسیستیک (خودبزرگ‌بینی و نیاز به تحسین دارد)، سایکوپاتی (عدم همدلی عمیق‌تر)
- درمان: بسیار مقاوم؛ هیچ داروی اختصاصی ندارد؛ CBT و مدیریت خشم تا حدی کمک می‌کند، اما پیش‌آگهی ضعیف است

۹۹- بیماری در تعامل با پرستاران از رفتارهای «دوباره‌سازی» (Splitting) استفاده می‌کند. معنای این رفتار کدام است؟

الف) تلاش می‌کند پرستاران را از سایر مراجعان دور نگه دارد.

ب) پرستاران را کاملاً خوب یا کاملاً بد تلقی می‌کند.

ج) دوره‌های کوتاه‌مدت افسردگی و سرخوشی دارد.

د) دو شخصیت متمایز از خود نشان می‌دهد.

سؤال ۹۹ کنکور۱۴۰۵ با سؤال ۹۷ آزمون ۸ و سوال ۱۰۴ ازمون ۹ شباهت داشت و با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۹۷- آقای سعیدی، مهندس ۴۵ ساله‌ای است که به تازگی متوجه شده به یک بیماری پیشرونده و لاعلاج عصبی مبتلا شده است. او پس از شنیدن این خبر، به جای بروز احساسات غم، خشم یا ترس، تمام وقت خود را صرف مطالعه مقالات تخصصی پزشکی درباره پاتوفیزیولوژی بیماری‌اش می‌کند. وقتی خانواده‌اش با نگرانی درباره وضعیت او سوال می‌پرسند، او با لحنی کاملاً سرد، بی‌تفاوت و علمی، آمار نرخ بقا و مکانیسم تخریب سلولی را برای آن‌ها توضیح می‌دهد. بارزترین مکانیسم دفاعی که آقای سعیدی در این موقعیت استفاده می‌کند، کدام است؟		
الف) Denial		
ب) Intellectualization		
ج) Rationalization		
د) Reaction Formation		
۹۷- گزینه ب صحیح است	**سطح سوال: متوسط**	**مبحث سوال: استرس**

مکانیسم های دفاعی

۱. سرکوب (Repression)

این مکانیسم پایه و اساس سایر مکانیسم‌های دفاعی است. در سرکوب، فرد خاطرات، افکار یا احساسات دردناک و غیرقابل قبول را به طور کاملاً **ناخودآگاه** از حیطه آگاهی خود خارج کرده و به ناهشیار می‌راند.

- **مثال امتحانی:** فردی که در کودکی مورد آزار قرار گرفته، هیچ خاطره‌ای از آن دوران به یاد نمی‌آورد.
- **نکته:** تفاوت آن با بازداری (Suppression) در این است که سرکوب ناخودآگاه است، اما بازداری یک تلاش آگاهانه برای فراموش کردن است.

۲. فرافکنی (Projection)

فرد احساسات، انگیزه‌ها یا ویژگی‌های نامطلوب و غیرقابل قبول خود را به دیگران نسبت می‌دهد.

- **مثال امتحانی:** مردی که تمایل به خیانت دارد، مدام همسرش را به خیانت و بی‌وفایی متهم می‌کند. یا دانش‌آموزی که خودش تقلب کرده، معتقد است همه در حال تقلب هستند.

۳. جابجایی (Displacement)

انتقال احساسات و هیجانات (معمولاً خشم) از یک هدف اصلی که تهدیدکننده است، به یک هدف جایگزین و بی‌خطرتر.

- **مثال امتحانی:** کارمندی که از دست رئیس خود به شدت عصبانی است اما نمی‌تواند به او اعتراض کند، وقتی به خانه می‌رسد سر فرزند یا همسرش فریاد می‌زند.

۴. واکنش وارونه (Reaction Formation)

فرد برای پنهان کردن احساسات یا انگیزه‌های واقعی و غیرقابل قبول خود، رفتاری کاملاً متضاد با آن‌ها نشان می‌دهد. این مکانیسم در سوالات بسیار پرکاربرد است.

- **مثال امتحانی:** فردی که در درون از یک همکار به شدت متنفر است، در ظاهر با او بسیار مهربان، چاپلوس و صمیمی رفتار می‌کند.

۵. والایش / تصعید (Sublimation)

این تنها مکانیسم دفاعی **کاملاً بالغانه (Mature)** و سالم در روانکاوی است. در والایش، فرد تکانه‌ها و غرایز غیرقابل قبول (مانند خشم یا نیازهای جنسی) را به فعالیت‌های سازنده و از نظر اجتماعی مقبول تبدیل می‌کند.

- **مثال امتحانی:** نوجوانی که به شدت پرخاشگر است، به ورزش بوکس روی می‌آورد و در آن قهرمان می‌شود. یا فردی که تمایلات سادیسمی (دیگرآزاری) دارد، به یک جراح موفق تبدیل می‌شود.

۶. دلیل‌تراشی / توجیه عقلی (Rationalization)

تلاش برای توجیه رفتارهای غیرمنطقی یا شکست‌ها از طریق ارائه دلایل منطقی، اما غیرواقعی، تا فرد از احساس گناه یا حقارت در امان بماند.

- **مثال امتحانی:** دانش‌آموزی که در امتحان رد شده است، می‌گوید: سوالات استاندارد نبودند و معلم با من غرض‌ورزی داشت (به جای پذیرش عدم مطالعه کافی).

۷. انکار (Denial)

نپذیرفتن واقعیت‌های تلخ و واضح بیرونی. فرد جوری رفتار می‌کند که انگار آن رویداد اصلا اتفاق نیفتاده است.

- **مثال امتحانی:** بیماری که به تازگی متوجه شده سرطان بدخیم دارد، جواب آزمایش‌ها را اشتباه می‌داند و به زندگی عادی خود بدون پیگیری درمان ادامه می‌دهد.

۸. پس‌روی / بازگشت (Regression)

بازگشت به مراحل قبلی رشد روانی-جنسی در مواجهه با استرس شدید. فرد رفتارهای کودکانه‌ای نشان می‌دهد که قبلاً آن‌ها را ترک کرده بود.

- **مثال امتحانی:** کودک پنج ساله‌ای که با تولد برادر کوچکترش احساس خطر و کم‌توجهی می‌کند، دوباره شروع به شب‌ادراری یا مکیدن انگشت می‌کند.

۹. عقلانی‌سازی (Intellectualization)

فرد برای فرار از مواجهه با هیجانات دردناک یک موقعیت، به صورت افراطی روی جنبه‌های منطقی، علمی و انتزاعی آن تمرکز می‌کند.

- **مثال امتحانی:** فردی که همسرش را در یک تصادف از دست داده، به جای سوگواری و گریه کردن، مدام در حال توضیح دادن جزئیات فیزیکی تصادف و قوانین راهنمایی و رانندگی برای دیگران است.

۱۰. دونیم‌سازی (Splitting)

این مکانیسم بیشتر در **اختلال شخصیت مرزی (BPD)** دیده می‌شود. فرد قادر نیست جنبه‌های مثبت و منفی خود یا دیگران را با هم ترکیب کند. همه چیز در نظر او یا کاملاً خوب است یا کاملاً بد (تفکر سیاه و سفید).

- **مثال امتحانی:** یک بیمار امروز به پزشک خود می‌گوید: شما بهترین دکتری هستید که تا به حال دیده‌ام و فرشته نجاتی، اما فردا به خاطر یک تاخیر کوچک می‌گوید: شما بی‌سوادترین و بدترین دکتری هستید که می‌شناسم!

۱۰۴- در ارزیابی دوره‌ای سلامت روان توسط پرستار در یک شرکت بزرگ فناوری، دو کارمند به دلیل انزوای شدید اجتماعی و امتناع از کار تیمی مورد بررسی قرار می‌گیرند:

- **کارمند «الف»: می‌گوید: هیچ علاقه‌ای به شرکت در جلسات حضوری و دورهمی‌های شرکت ندارم. ارتباط با دیگران برایم خسته‌کننده و بی‌معنی است و ترجیح می‌دهم تمام وقتم را به تنهایی با کدهای برنامه‌نویسی‌ام بگذرانم. او در طول مصاحبه از نظر هیجانی کاملاً بی‌تفاوت است و از تشویق شدن توسط مدیرش هیچ احساس خرسندی نشان نمی‌دهد.**
- **کارمند «ب»: با حالتی مضطرب می‌گوید: من خیلی دلم می‌خواهد در تیم‌های گروهی باشم و با همکارانم ارتباط نزدیک داشته باشم، اما همیشه می‌ترسم در جمع حرف احمقانه‌ای بزنم، از کارم ایراد بگیرند و تحقیر شوم. به همین دلیل ترجیح می‌دهم دورکاری کنم تا کسی مرا قضاوت نکند.**

با توجه به علائم بالینی، تشخیص احتمالی اختلال شخصیت برای این دو کارمند به ترتیب کدام است و مرز افتراقی اصلی آن‌ها چیست؟

الف) الف: اسکیزوتایپال / ب: دوری‌گزین (اجتنابی) — مرز افتراقی: وجود یا عدم وجود افکار پارانوئید در محیط کار.

ب) الف: پارانوئید / ب: وابسته — مرز افتراقی: بی‌اعتمادی به همکاران در مقابل نیاز به تایید مدیران برای تصمیم‌گیری.

ج) الف: اسکیزوئید / ب: دوری‌گزین (اجتنابی) — مرز افتراقی: تمایل و نیاز درونی به برقراری ارتباط صمیمانه.

د) الف: اسکیزوئید / ب: وسواسی-جبری (OCPD) — مرز افتراقی: بی‌تفاوتی هیجانی در مقابل کمال‌گرایی.

۱۰۴- گزینه ج صحیح است	**سطح سوال: سخت**	**مبحث سوال: اختلالات شخصیت**

در طبقه‌بندی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، اختلالات شخصیت به سه دسته (کلاستر) اصلی تقسیم می‌شوند. در ادامه، به عنوان یک مدرس پرستاری روان، مهم‌ترین رفتارهای هر اختلال و نکات کلیدی برای مقایسه و تشخیص افتراقی آن‌ها را به صورت ساختاریافته ارائه می‌کنم:

کلاستر A: عجیب، غریب و غیرعادی (Odd or Eccentric)

بیماران این دسته معمولاً در برقراری ارتباط مشکل دارند و رفتارهایشان از نظر دیگران غیرطبیعی است.

۱. **شخصیت پارانوئید** (Paranoid):

- **رفتار بارز:** شکاکیت، بی‌اعتمادی عمیق به دیگران، کینه‌توزی، تفسیر مقاصد دیگران به عنوان تحقیر یا تهدید.
- **نکته بالینی:** این افراد همیشه در حالت تدافعی هستند و بدون دلیل کافی فکر می‌کنند دیگران در حال فریب دادن آن‌ها هستند.

۲. **شخصیت اسکیزوئید** (Schizoid):

- **رفتار بارز:** انزوای اجتماعی شدید، بی‌تفاوتی عاطفی (سردی هیجانی)، ترجیح دادن فعالیت‌های انفرادی.
- **نکته‌بالینی:** آن‌ها هیچ تمایلی به روابط صمیمانه حتی با خانواده ندارند و از انتقاد یا تحسین دیگران تأثیر نمی‌پذیرند.

۳. **شخصیت اسکیزوتایپال** (Schizotypal):

- **رفتار بارز:** تفکر جادویی، عقاید عجیب و غریب، تحریف‌های ادراکی (بدون رسیدن به حد توهم واضح)، ظاهر و گفتار غیرعادی.
- **مقایسه در کلاستر A:** اسکیزوئید به دلیل بی‌تفاوتی از مردم دوری می‌کند، اما اسکیزوتایپال به دلیل اضطراب شدید و افکار پارانوئید از روابط صمیمی پرهیز دارد.

کلاستر B: نمایشی، هیجانی و غیرقابل پیش‌بینی (Dramatic or Erratic)

این گروه بیشترین چالش را در بخش‌های روان‌پزشکی و پرستاری ایجاد می‌کنند و با بی‌ثباتی هیجانی و تکانشگری شناخته می‌شوند.

۱. **شخصیت ضداجتماعی** (Antisocial):

- **رفتار بارز:** نقض مداوم حقوق دیگران، فریبکاری، قانون‌شکنی، پرخاشگری و فقدان کامل احساس گناه یا همدلی.
- **نکته بالینی:** این تشخیص فقط برای افراد بالای ۱۸ سال گذاشته می‌شود. در کودکی معمولاً سابقه اختلال سلوک دارند.

۲. **شخصیت مرزی** (Borderline):

- **رفتار بارز:** بی‌ثباتی شدید در خلق، هویت و روابط. ترس فلج‌کننده از طرد شدن، رفتارهای تکانشی (مثل آسیب به خود یا خودکشی نمایشی)، احساس پوچی مزمن.
- **مکانیسم دفاعی غالب:** دوپاره‌سازی (Splitting)؛ یعنی پرستار یا درمانگر را یا کاملاً خوب می‌بینند یا کاملاً بد.

۳. **شخصیت نمایشی** (Histrionic):

- **رفتار بارز:** نیاز شدید به مرکز توجه بودن، ابراز هیجانات به صورت اغراق‌آمیز و سطحی، رفتارهای نامتناسب فریبنده یا اغواگرانه.
- **نکته بالینی:** اگر در مرکز توجه نباشند، به شدت احساس ناراحتی می‌کنند.

۴. **شخصیت خودشیفته** (Narcissistic):

- **رفتار بارز:** احساس خودبزرگ‌بینی، نیاز به تحسین مداوم، احساس محق بودن، سوءاستفاده از دیگران برای اهداف خود و فقدان همدلی.
- **مقایسه در کلاستر B:**
- فرد *مرزی* به دلیل ترس از رها شدن آشوب به پا می‌کند.
- فرد *نمایشی* فقط به دنبال جلب توجه است (چه مثبت، چه منفی).
- فرد *خودشیفته* توجهی می‌خواهد که همراه با تحسین و تایید برتری او باشد.
- فرد *ضداجتماعی* برای کسب منفعت شخصی یا مالی دیگران را فریب می‌دهد.

کلاستر C: مضطرب و ترسان (Anxious or Fearful)

رفتار غالب در این دسته، اضطراب، ترس و نیاز به کنترل است.

۱. **شخصیت دوری‌گزین / اجتنابی** (Avoidant):

- **رفتار بارز:** احساس بی‌کفایتی شدید، حساسیت مفرط به ارزیابی منفی، اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی به دلیل ترس از تحقیر.
- **تشخیص افتراقی مهم:** برخلاف اسکیزوئید که علاقه‌ای به رابطه ندارد، فرد *اجتنابی* به شدت تشنه برقراری ارتباط است، اما از ترس طرد شدن خودش را عقب می‌کشد.

۲. **شخصیت وابسته** (Dependent):

- **رفتار بارز:** نیاز مفرط به مراقبت شدن که منجر به رفتارهای مطیعانه و چسبنده می‌شود. ناتوانی در تصمیم‌گیری بدون نظر دیگران.

- **نکته بالینی:** این افراد حاضـرند وظایف ناخوشـایند را انجام دهند فقط برای اینکه حمایت شـخص مقابل را از دسـت ندهند.

۳. **شخصیت وسواسی-جبری** (OCPD):

- **رفتار بارز:** کمال‌گرایی افراطی، اشـتغال ذهنی با جزئیات و قوانین، انعطاف‌ناپذیری، خسـاسـت و ناتوانی در واگذاری کارها به دیگران.
- ویژگی‌های OCPD ایگوسـینتونیک (همخوان با خود) هسـتند؛ یعنی بیمار رفتار خود را منطقی و درسـت می‌داند و برخلاف مبتلایان به OCD، از افکار و رفتارهای خود احساس عذاب نمی‌کند.

نکته: در برخورد بالینی، بیماران کلاستر A معمولاً نیازمند فاصله‌گذاری مناسب و احترام به حریم شخصی‌شان هستند؛ کلاستر B به مرزبندی‌های (Boundaries) بسـیار قوی، ثابت و هماهنگ توسـط تیم درمان نیاز دارند؛ و کلاسـتر C نیازمند رویکردی همدلانه برای کاهش اضطراب و تشویق به استقلال تدریجی می‌باشند.

- **تحلیل کارمند «الف» (اسکیزوئید - کلاستر A):**

فرد مبتلا به اختلال شـخصـیت اسـکیزوئید، ذاتاً هیچ نیازی به روابط اجتماعی احسـاس نمی‌کند. انزوای او ناشـی از ترس نیسـت، بلکه ناشی از **فقدان تمایل** و **سردی هیجانی** است. او از تنهایی خود لذت می‌برد یا حداقل با آن کاملاً راحت است و نسبت به تحسین یا انتقاد دیگران بی‌تفاوت است.

- **تحلیل کارمند «ب» (دوری‌گزین / Avoidant - کلاستر C):**

فرد اجتنابی برخلاف اسـکیزوئید، تشـنه برقراری ارتباط اسـت و از تنهایی خود رنج می‌برد، اما به دلیل **احسـاس بی‌کفایتی** و **ترس فلج‌کننده از طرد شدن یا تحقیر**، از موقعیت‌های اجتماعی دوری می‌کند.

۱۰۰- بیمار مبتلا به افسردگی، از احساس گناه، خودگویی منفی و ناامیدی رنج می‌برد. تشخیص پرستاری مناسب کدام است؟

الف) خطر اقدام به خودکشی

ب) کناره‌گیری اجتماعی

ج) عزت‌نفس پایین

د) دیسترس معنوی

سؤال ۱۰۰ کنکور۱۴۰۵ با سؤال ۱۰۵ آزمون ۹ شباهت داشت و با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۱۰۵- زنی ۴۵ ساله، ۳ هفته پس از مرگ ناگهانی همسرش در یک سانحه رانندگی، توسط خانواده به درمانگاه روان‌پزشکی ارجاع داده شده است. او از بی‌خوابی، کاهش اشتها، خستگی جسمانی و دوره‌های مکرر گریه شاکی است. گزارش کدام‌یک از علائم بالینی زیر توسط این بیمار، قوی‌ترین شاخص برای مطرح کردن تشخیص افسردگی اساسی (MDD) به جای یک واکنش سوگ طبیعی است؟

الف) احساس غم و اندوه شدیدی که عمدتاً به صورت موجی حمله می‌کند و معمولاً با دیدن لباس‌ها یا عکس‌های همسرش تشدید می‌شود.

ب) احساس گناه شدید درباره اینکه چرا در روز حادثه اصرار نکرده تا همسرش در خانه بماند و خود را بابت این موضوع سرزنش می‌کند.

ج) احساس بی‌ارزشی مداوم، تخریب فراگیر عزت‌نفس و بیان این جمله که: من ذاتاً انسان بی‌لیاقت و بدی هستم و اصلاً حق زنده ماندن ندارم.

د) تجربه شنیدن لحظه‌ای صدای همسرش که نام او را صدا می‌زند، معمولاً در اواخر شب و زمانی که تازه به خواب می‌رود.

۱۰۵- گزینه ج صحیح است	**سطح سوال: سخت**	**مبحث سوال: افسردگی**

مهم‌ترین مرز افتراقی سوگ و افسردگی اساسی پس از حذف استثنای سوگ در DSM-5، وضعیت **عزت نفس** (Self-esteem) و **محتوای افکار** بیمار است.

در گزینه ۳، بیمار دچار احساس بی‌ارزشی فراگیر و تنفر از خود شده است که به شخص متوفی ارتباطی ندارد. این تخریب ایگو (Ego) و عزت‌نفس، نشانه بارز افسردگی اساسی (MDD) است و در سوگ طبیعی دیده نمی‌شود.

بررسی دلایل رد سایر گزینه‌ها:

- **گزینه ۱ (غلط):** در سوگ طبیعی، احساس غم و اندوه به صورت موجی بروز می‌کند و مستقیماً با یادآوری فرد از دست‌رفته مرتبط است. در حالی که در MDD، خلق پایین به صورت مداوم و در بیشتر ساعات روز وجود دارد و به افکار خاصی وابسته نیست.
- **گزینه ۲ (غلط):** احساس گناه در سوگ طبیعی شایع است، اما این احساس گناه معمولاً محدود به **شرایط مرتبط با مرگ متوفی** است مثل: چرا او را به بیمارستان بهتری نبردم؟ چرا نگذاشتم در خانه بماند؟. این با احساس گناه هذیانی و بی‌ارزشی کلی در MDD تفاوت دارد.
- **گزینه ۴ (غلط):** توهمات ادراکی گذرا مانند شنیدن صدای متوفی یا دیدن لحظه‌ای او، به‌ویژه در زمان‌های گذار به خواب در سوگ حاد کاملاً طبیعی تلقی می‌شود و به هیچ وجه به تنهایی نشان‌دهنده افسردگی سایکوتیک یا MDD نیست.

۱۰۱- فرد مبتلا به وسواس فکری-عملی هر روز زمان زیادی را صرف شست‌وشوی دست‌هایش می‌کند. مهم‌ترین علت آن کدام است؟

الف) اضطراب

ب) ترس

ج) هذیان

د) خودانگاره

سؤال ۱۰۱ کنکور ۱۴۰۵ ا با سؤال ۱۱۴ آزمون ۴ و سوال ۱۰۸ ازمون ۸ شباهت داشت سوال ۱۰۳ ازمون ۹ شباهت داشت و با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۱۱۴- چند مورد از عبارات زیر بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-5-TR برای اختلال وسواسی-جبری (OCD) صحیح است؟ ۱. اعمال وسواسی همیشه باید رفتارهای قابل مشاهده مانند شستن دست باشند و اعمال ذهنی تکراری مانند شمردن در ذهن جزء معیارها محسوب نمی‌شوند. ۲. برای تشخیص OCD، اعمال وسواسی باید به شیوه‌ای کاملاً واقع‌بینانه با تهدید مورد نظر مرتبط باشند و تنها اگر بیش از حد نباشند، بخشی از اختلال محسوب می‌شوند. ۳. رفتارهای تکراری در اختلال طیف اوتیسم می‌توانند معیارهای اعمال وسواسی را برآورده کنند و بنابراین تشخیص OCD را رد نمی‌کنند. ۴. افکار وسواسی باید منحصراً باعث دیسترس شوند، اما تلاش برای فرونشاندن آن‌ها مانند خنثی‌سازی با اجبار جزء تعریف نیست. ۵. اگر رفتارهای تکراری بهتر با یک اختلال دیگر مانند نگرانی‌های بیش از حد در GAD یا نشخوار فکری در افسردگی اساسی توضیح داده شوند، تشخیص OCD داده نمی‌شود.		
الف) هیچ کدام از موارد صحیح نیست.		
ب) گزاره ۴ و ۵ صحیح نیست.		
ج) گزاره ۱ و ۳ صحیح است.		
د) گزاره ۱ تا ۴ صحیح نیستند.		
۱۱۴- گزینه د صحیح است	**سطح سوال: سخت**	**مبحث سوال: اختلالات اضطرابی**
معیارهای تشخیصی اختلال وسواسی-جبری (Obsessive-Compulsive Disorder; OCD) الف. وجود افکار وسواسی، اعمال وسواسی یا هر دو: افکار وسواسی با (۱) و (۲) تعریف می‌شوند: ۱. افکار، امیال یا تصاویر تکرارشونده و مداوم که در دوره‌هایی از زمان طی اختلال به‌طور مزاحم (سرزده) و ناخواسته تجربه می‌شوند و در بیشتر افراد باعث بروز اضطراب یا دیسترس قابل توجه می‌شوند. ۲. فرد تلاش می‌کند تا چنین افکار، امیال یا تصاویری را نادیده بگیرد یا فرونشاند یا با فکر یا عمل دیگری (یعنی با انجام یک اجبار [عمل وسواسی]) آن‌ها را خنثی کند. اعمال وسواسی با (۱) و (۲) تعریف می‌شوند:		

۱. رفتارهای تکراری (مانند شستن دست‌ها، مرتب کردن، چک کردن) یا اعمال ذهنی تکراری (مانند دعا کردن، شمردن، تکرار کلمات در سکوت) که فرد احساس می‌کند در پاسخ به یک فکر وسواسی یا طبق قواعدی که باید به‌طور سخت‌گیرانه‌ای اعمال شوند، مجبور به انجام آن‌ها است.
۲. رفتارها یا اعمال ذهنی با هدف پیشگیری یا کاهش اضطراب یا دیسترس یا جلوگیری از رویداد یا موقعیتی که فرد آن را ترسناک می‌داند، انجام می‌شود؛ با این حال، این رفتارها یا اعمال ذهنی به شیوه‌ای واقع‌بینانه با چیزی که برای خنثی کردن یا جلوگیری از آن طراحی شده‌اند مرتبط نیستند یا به وضوح بیش از حد هستند.

توجه: کودکان خردسال ممکن است نتوانند اهداف این رفتارها یا اعمال ذهنی را شرح دهند.

ب. افکار وسواسی یا اعمال وسواسی وقت‌گیر هستند (مثلاً بیش از ۱ ساعت در روز را می‌گیرند) یا باعث دیسترس یا اختلال قابل توجه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر می‌شوند.
ج. نشانه‌های وسواسی-جبری قابل انتساب به اثرات فیزیولوژیکی مستقیم یک ماده (به‌عنوان مثال، سوءمصرف مواد، یک دارو) یا یک عارضه پزشکی دیگر نیست.
د. این اختلال با نشانه‌های یک اختلال روانی دیگر، بهتر توضیح داده نمی‌شود (مثلاً نگرانی‌های بیش از حد در اختلال اضطراب فراگیر؛ اشتغال به ظاهر در اختلال بدشکلی بدن؛ مشکل در دور انداختن یا جدا شدن از اموال در اختلال انباشتگی؛ کندن مو در تریکوتیلومانیا [اختلال کندن مو]؛ کندن پوست در اختلال کندن پوست؛ کلیشه‌ها در اختلال حرکت کلیشه‌ای؛ رفتار غذا خوردن تشریفاتی در اختلالات خوردن؛ اشتغال با مواد یا قمار در اختلالات مرتبط با مواد و اعتیاد؛ اشتغال به داشتن یک بیماری در اختلال اضطراب بیماری؛ خیال‌پردازی‌ها یا امیال جنسی در اختلالات پارافیلیک؛ تکانه‌ها در اختلالات اخلال‌گرانه، کنترل تکانه و اختلالات سلوک؛ نشخوارهای فکری گناهکار بودن در اختلال افسردگی اساسی؛ تزریق افکار یا مشغله‌های ذهنی هذیانی در طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک؛ یا الگوهای رفتاری تکراری در اختلال طیف اوتیسم).
(بر اساس DSM-5-TR، APA، ۲۰۲۲)
۱. نادرست اعمال وسواسی (compulsions) شامل رفتارهای تکراری قابل مشاهده مانند شستن دست و اعمال ذهنی مانند شمردن، تکرار کلمات یا دعا کردن در ذهن می‌شوند. DSM-5-TR صراحتاً اعمال ذهنی را جزء معیارها می‌داند.
۲. نادرست اعمال وسواسی معمولاً به شیوه‌ای غیرواقع‌بینانه با تهدید مرتبط هستند یا بیش از حد (excessive) هستند. اگر واقع‌بینانه و منطقی باشند، بخشی از OCD محسوب نمی‌شوند؛ بلکه دقیقاً برعکس گزاره است.
۳. نادرست رفتارهای تکراری در اختلال طیف اوتیسم (ASD) اغلب بهتر با ASD توضیح داده می‌شوند و معمولاً معیارهای obsessions/compulsions در OCD را برآورده نمی‌کنند. این رفتارها تشخیص OCD را رد یا محدود می‌کنند و نیاز به افتراق دقیق دارد.
۴. نادرست افکار وسواسی (obsessions) نه تنها باعث دیسترس می‌شوند، بلکه تعریف آن‌ها شامل تلاش برای نادیده گرفتن، سرکوب یا خنثی‌سازی آن‌ها با انجام اجبارهای رفتاری یا ذهنی است. این تلاش برای خنثی‌سازی جزء ضروری تعریف OCD در DSM-5-TR است.

۱۰۸- آقایی به دلیل کمال‌گرایی شدید، گیر دادن به جزئیات و تاخیر در تحویل کارها به کلینیک آورده شده. اما خودش می‌گوید: من هیچ مشکلی ندارم، فقط استانداردهایم بالاست و بقیه بی‌نظم هستند. کدام یک از موارد زیر

در صحبت‌های این فرد، ثابت می‌کند که او دچار اختلال شخصیت وسواسی است و به وسواس فکری-عملی مبتلا نیست؟
الف) اینکه بیمار می‌داند رفتارش غیرمنطقی و خسته‌کننده است، اما توانایی متوقف کردن آن را ندارد.
ب) وجود رفتارهای تکراری و تشریفاتی مثل چک کردن مکرر قفل در برای کاهش دادن یک ترس درونی
ج) اینکه بیمار رفتارهای سخت‌گیرانه خود را کاملاً درست و منطقی می‌داند و از دست رفتار خودش اصلاً ناراحت یا در عذاب نیست.
د) درگیری با افکار مزاحم و ناخواسته‌ای مثل ترس از میکروب که فرد دائماً سعی می‌کند آن‌ها را از ذهنش بیرون کند.

۱۰۸- گزینه ج صحیح است	سطح سوال: متوسط	مبحث سوال: ترکیبی

۱. اختلال وسواس فکری-عملی (OCD)

ماهیت: OCD یک اختلال اضطرابی است. ذهن بیمار مانند یک رادیوی خراب است که روی یک فرکانس ترسناک گیر کرده و مدام پیام‌های هشداردهنده می‌فرستد.

دو بخش اصلی OCD:

- **وسواس فکری (Obsession):** افکار، تصاویر یا تکانه‌های مزاحم و ناخواسته‌ای که ناگهان وارد ذهن می‌شوند و اضطراب شدیدی ایجاد می‌کنند. مثلاً: دستگیره در آلوده به ویروس کشنده است، نکند اجاق گاز را روشن گذاشته باشم و خانه آتش بگیرد، یا افکار توهین‌آمیز ناخواسته.
- **وسواس عملی (Compulsion):** رفتارهای تکراری یا کارهای ذهنی که فرد احساس می‌کند **مجبور است** آن‌ها را انجام دهد تا اضطراب ناشی از افکار مزاحم را خنثی کند. مثلاً: شستن دست‌ها به مدت ۲۰ دقیقه، چک کردن قفل در برای ۵ بار متوالی یا شمردن اعداد در ذهن.

نگاه بیمار به خودش:

بیمار مبتلا به OCD می‌داند که افکارش غیرمنطقی و خرافاتی است. او دوست ندارد روزی ۳۰ بار دست‌هایش را بشوید، از این کار خسته و کلافه شده است و از بیماری خود به شدت **رنج می‌برد**. در روان‌پزشکی به این حالت **ناهم‌خوان با خود (Ego-dystonic)** می‌گویند؛ یعنی بیماری با خود واقعی فرد در تضاد است و مثل یک انگل به او چسبیده است.

۲. اختلال شخصیت وسواسی-جبری (OCPD)

ماهیت: OCPD یک الگوی فراگیر و ریشه‌دار در شخصیت فرد است. در اینجا خبری از افکار ترسناکِ مزاحم یا شستن مکرر دست‌ها نیست. بلکه فرد یک چارچوب ذهنی به شدت سخت‌گیرانه، کمال‌گرایانه و قانون‌مدار دارد.

ویژگی‌های اصلی:

- **کمال‌گرایی فلج‌کننده:** فرد آن‌قدر درگیر جزئیات، قوانین و فهرست‌ها می‌شود که هدف اصلی کار را فراموش می‌کند. کمال‌گرایی او باعث می‌شود نتواند پروژه‌ها را به موقع تمام کند چون هیچ‌وقت از نظر او به اندازه کافی عالی نیستند.
- **اعتیاد به کار و بهره‌وری:** تفریح و استراحت را اتلاف وقت می‌داند و به شدت غرق در کار است.
- **کنترل‌گری شدید:** حاضر نیست کارها را به دیگران بسپارد، مگر اینکه آن‌ها دقیقاً مو به مو طبق دستورات او عمل کنند (باور دارد فقط روش خودش درست است).

- **خشکی و سرسختی اخلاقی:** در مسائل اخلاقی، مالی و ارزشی به شدت انعطاف‌ناپذیر است. معمولاً افرادی خسیس هستند و معتقدند پول را فقط باید برای روز مبادا پس‌انداز کرد.

نگاه بیمار به خودش:

فرد مبتلا به OCPD اصلاً فکر نمی‌کند بیمار است. او ویژگی‌های خود (نظم افراطی، سخت‌گیری، گیر دادن به جزئیات) را نقاط قوت و مایه افتخار خود می‌داند. او از دست خودش ناراحت نیست، بلکه از دست دیگران شاکی است که چرا بی‌نظم، بی‌مسئولیت و تنبل هستند. در روان‌پزشکی به این حالت **هم‌خوان با خود (Ego-syntonic)** می‌گویند؛ یعنی این رفتارها جزئی از هویت و باورهای مورد علاقه فرد است. او خودش زجر نمی‌کشد، بلکه اطرافیانش همسر، فرزندان، کارمندان را زجر می‌دهد.

۱۰۳- بیماری با شکایت از صرف روزانه بیش از ۲ ساعت زمان برای شستشوی مکرر دست‌ها به درمانگاه ارجاع شده است. او بیان می‌کند که افکار مزاحم و ترس از آلودگی به شدت او را مضطرب می‌کند و با وجود اینکه می‌داند این افکار غیرمنطقی و زاییده ذهن خودش هستند، تنها با شستشو تسکین موقت می‌یابد. بیمار هیچ‌گونه هذیان یا توهمی ندارد. بر اساس اصول تشخیصی و درمانی اختلالات روان‌پزشکی، کدام‌یک از گزینه‌های زیر در مورد این بیمار صحیح است؟

الف) با توجه به شدت علائم و اشتغال ذهنی، تشخیص اختلال شخصیت وسواسی-جبری (OCPD) مطرح است و رفتاردرمانی به تنهایی بهترین رویکرد است.

ب) آگاهی بیمار به غیرمنطقی بودن افکار، اسکیزوفرنی را رد می‌کند؛ تشخیص OCD است و خط اول درمان شامل استفاده از SSRI ها مانند فلوکستین با دوز ۴۰ تا ۶۰ میلی‌گرم در روز همراه با مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ (ERP) می‌باشد.

ج) به دلیل وجود ارتباط بین افکار وسواسی و اعمال جبری، تشخیص فوبیا تایید می‌شود و کلومیپرامین با دوز اولیه ۲۵۰ میلی‌گرم در روز برای کنترل سریع علائم تجویز می‌گردد.

د) بیمار مبتلا به OCD است، اما از آنجا که افسردگی اساسی نیز می‌تواند افکار وسواسی ایجاد کند، خط اول درمان استفاده از بنزودیازپین‌ها به مدت ۶ هفته برای کاهش فوری اضطراب است.

۱۰۳- گزینه ب صحیح است	**سطح سوال: سخت**	**مبحث سوال: اختلالات وسواسی-جبری**

۱. **تشخیص:** زمان‌بر بودن علائم بیش از ۱ ساعت در روز، وجود افکار مزاحم (وسواس) و رفتارهای تکراری برای خنثی‌سازی اضطراب (اجبار) معیارهای اصلی OCD را تایید می‌کند. همچنین، آگاهی بیمار به زاییده ذهن بودن افکار و نبود علائم روان‌پریشی، اسکیزوفرنی را به طور دقیق رد می‌کند.

۲. **درمان:** SSRIها مانند فلوکستین با دوز ۴۰ تا ۶۰ میلی‌گرم انتخاب اول دارودرمانی هستند و ترکیب آن‌ها با رفتاردرمانی، به‌ویژه روش مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ (ERP)، مؤثرترین روش و نتایج بهتری به همراه دارد.

- **گزینه (الف) غلط است:** در OCPD، تمرکز اصلی بر کمال‌گرایی و انعطاف‌ناپذیری است، نه افکار مزاحم یا اجبارهای رفتاری. همچنین تخریب عملکرد در OCPD به شدت OCD مانند صرف ساعت‌ها وقت برای شستشو نیست.

- **گزینه (ج) غلط اســت:** در فوبیا برخلاف OCD ارتباطی بین افکار وســواســی و اعمال جبری وجود ندارد. ثانیاً، کلومیپرامین باید با دوز ۲۵ تا ۵۰ میلی‌گرم آغاز شــود، نه ۲۵۰ میلی‌گرم (۲۵۰ میلی‌گرم دوز حداکثر اســت) و اثر داروها سریع نیست، بلکه حدود ۶ هفته زمان می‌برد.
- **گزینه (د) غلط است:** اگرچه افسردگی اساسی می‌تواند افکار وسواسی داشته باشد، اما بیماران OCD معیارهای کامل افسردگی اساسی را ندارند. مهم‌تر از آن، بنزودیازپین‌ها خط اول درمان نیستند و SSRIها خط اول هستند و داروها باید حداقل ۶ ماه ادامه یابند، نه اینکه فقط ۶ هفته برای اثر فوری استفاده شوند (۶ هفته زمان لازم برای ظهور اثر داروست).

۱۰۲- یافته شایع در سابقه سلامت افراد مبتلا به اختلال دوقطبی کدام است؟

الف) اختلال اوتیسم

ب) نقص توجه

ج) اختلال بیش‌فعالی

د) تروماى دوران کودکی

سؤال ۱۰۲ کنکور۱۴۰۵ با سؤال ۱۱۱ آزمون ۵ سنا شباهت داشت و با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۱۱۱- کدام یک از گزینه‌های زیر، طبق تحقیقات محققان، شایع‌ترین زمینه در سابقه سلامت افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی (BPD) است؟		
الف) اوتیسم		
ب) اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی (ADHD)		
ج) روابط بین‌فردی مثبت و رضایت‌بخش		
د) تروما در اوایل دوران کودکی		
۱۱۱- گزینه د صحیح است	**سطح سوال: متوسط**	**مبحث سوال: اختلال شخصیت**
اختلال شخصیت مرزی (BPD) اختلال شخصیت مرزی Borderline Personality Disorder یا به اختصار BPD یکی از اختلالات شخصیت گروه B است که با ویژگی‌هایی مانند ناپایداری شدید در روابط بین‌فردی، تصویر از خود، احساسات و رفتارهای تکانشی همراه است. افراد		

مبتلا اغلب ترس شدیدی از رها شدن دارند و ممکن است خشم شدید، احساس پوچی مزمن و رفتارهای خودآسیب‌رسان نشان دهند.

طبق تحقیقات گسترده روان‌پزشکی و روان‌شناختی، **شایع‌ترین و مهم‌ترین زمینه در تاریخچه سلامت و زندگی افراد مبتلا به BPD ، تجربه تروما (آسیب روانی شدید) در اوایل دوران کودکی است**. این تروما معمولاً شامل موارد زیر می‌شود:

- سوءاستفاده جسمی (ضرب و شتم)
- سوءاستفاده جنسی
- سوءاستفاده عاطفی یا کلامی (تحقیر مداوم، تهدید، بی‌ارزش کردن)
- غفلت شدید (عدم تأمین نیازهای عاطفی یا جسمی پایه توسط والدین یا مراقبان)

شواهد علمی

- مطالعات متعدد نشان می‌دهند که **بیش از ۷۰ تا ۹۰ درصد** افراد مبتلا به BPD حداقل یک نوع ترومای کودکی شدید را گزارش کرده‌اند .
- مدل زیستی-روانی-اجتماعی BPD تأکید دارد که ترکیب عوامل ژنتیکی (حساسیت عاطفی بالا) با ترومای زودرس، منجر به اختلال در تنظیم هیجان و شکل‌گیری شخصیت مرزی می‌شود.

الف. اوتیسم: گاهی علائم هم‌پوشانی (مانند مشکلات در روابط اجتماعی) وجود دارد و ممکن است تشخیص افتراقی دشوار باشد، اما اوتیسم یک اختلال نورورشد است و به عنوان زمینه رایج تاریخی در بیماران BPD شناخته نمی‌شود. همبودی آن با BPDنادر است.

ب. اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی(ADHD): می‌تواند با BPD همبودی داشته باشد (حدود ۳۰ درصد موارد) و گاهی علائم تکانشی‌گری مشترک باعث اشتباه تشخیصی می‌شود، اما ADHD معمولاً ریشه ژنتیکی-عصبی دارد و شایع‌ترین سابقه در بیماران BPD نیست.

ج. روابط بین‌فردی مثبت و رضایت‌بخش: این گزینه کاملاً برعکس ویژگی‌های BPD است. افراد مبتلا معمولاً الگویی از روابط ناپایدار، پرتنش و پر از ترس از رها شدن دارند. روابط مثبت و پایدار در کودکی معمولاً عامل محافظت‌کننده در برابر ابتلا به BPD محسوب می‌شود.

۱۰۳- مکانیسم آرام‌بخشی داروهای ضد اضطراب بنزودیازپینی کدام است؟

الف) مهار سیستم اعصاب مرکزی

ب) کاهش سطح نوراپی‌نفرین در مغز

ج) کاهش سطح دوپامین در مغز

د) مهار آنزیم مونوآمین اکسیداز

سؤال ۱۰۳ کنکور ۱۴۰۵ با سؤال ۱۱۰ آزمون ۶ سنا شباهت داشت و با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۱۱۰- گزینه ب صحیح است	سطح سوال: سخت	مبحث سوال: اختلالات مرتبط با مواد

اختلال مصرف آرام‌بخش، خواب‌آور یا ضداضطراب

مشخصات ماده

ترکیبات آرام‌بخش، خواب‌آور و ضداضطراب، داروهایی با ساختارهای شیمیایی متنوع هستند که همگی قادر به القاء درجات مختلفی از سرکوب سیستم عصبی مرکزی (CNS) می‌باشند؛ از تسکین و آرامش‌بخشی اضطراب تا بیهوشی، کما و حتی مرگ.

این داروها به طور کلی به سه دسته طبقه‌بندی می‌شوند:

۱. **باربیتورات‌ها**
۲. **خواب‌آورهای غیرباربیتوراتی**
۳. **عوامل ضداضطراب** (مانند بنزودیازپین‌ها)

اثرات تولیدشده توسط این مواد به اندازه دوز و قدرت دارو بستگی دارد.

اصول کلی مربوط به داروهای تضعیف‌کننده CNS

چندین اصل نسبتاً یکسان برای همه داروهای تضعیف‌کننده CNS اعمال می‌شود:

۱. **افزایش اثرات با ترکیب و وضعیت مصرف‌کننده** اثرات این داروها با یکدیگر و با وضعیت رفتاری مصرف‌کننده افزایش می‌یابد. برای مثال، ترکیب این داروها با یکدیگر یا با الکل باعث سرکوب شدید و اغلب غیرقابل پیش‌بینی حتی کشنده می‌شود. همچنین، افراد افسرده ذهنی یا خسته جسمی ممکن است پاسخ اغراق‌آمیزی به دوز معمولی نشان دهند .سازمان غذا و داروی ایالات متحده (FDA، ۲۰۱۶) بر اساس شواهد خطر خواب‌آلودگی بیش از حد، دپرسیون تنفسی، کما و مرگ در ترکیب اپیوئیدها و بنزودیازپین‌ها، هشدارهای جعبه سیاه (قوی‌ترین نوع هشدار) برای ضددردهای اپیوئیدی، محصولات ضدسرفه اپیوئیدی و بنزودیازپین‌ها الزامی کرده است.
۲. **ایجاد اعتیاد فیزیولوژیکی** مصرف مکرر و طولانی‌مدت دوزهای بالا منجر به وابستگی فیزیکی می‌شود. در زمان محرومیت، دوره‌ای از تحریک‌پذیری بیش از حد CNS رخ می‌دهد که می‌تواند شدید باشد و حتی به تشنج و مرگ منجر شود.
۳. **ایجاد اعتیاد روانی** این داروها پتانسیل ایجاد انگیزه روانی برای مصرف متناوب یا مداوم را دارند تا فرد به حداکثر سطح عملکرد یا بهزیستی برسد.
۴. **تحمل متقابل و وابستگی متقابل** تحمل متقابل: مقاوم شدن نسبت به یک دارو به دلیل تحمل ایجادشده به داروی مشابه دیگر .وابستگی متقابل: وابستگی به بیش از یک ماده به دلیل اثرات مشابه.

اثرات بر بدن

این ترکیبات باعث سرکوب عمومی می‌شوند و فعالیت مغز، اعصاب، عضلات و بافت قلب را کاهش می‌دهند. اثر اولیه بر بافت عصبی است، اما دوزهای بالا بر سایر اندام‌ها نیز تأثیر می‌گذارد. آنها متابولیسم را در بافت‌های مختلف کاهش می‌دهند و سیستم‌هایی که از انرژی استفاده می‌کنند را سرکوب می‌کنند.

در دوزهای پایین، اثر انتخابی‌تر بر مراکز برانگیختگی مغز مانند سیستم فعال‌کننده شبکه‌ای صعودی در تشکیلات مشبک و سیستم پروجکشن تالاموس منتشر است.

این داروها قادر به ایجاد تمام سطوح سرکوب CNS هستند (از آرام‌بخشی خفیف تا مرگ)؛ سطح سرکوب بر اساس مقدار مصرف و قدرت دارو تعیین می‌شود. ...

۱۰٤- کدام‌یک از افراد زیر در معرض خطر بالاتر اقدام به خودکشی قرار دارد؟

الف) دختر ۲۲ ساله دانشجو

ب) زن ٤۰ ساله خانه‌دار

ج) پسر نوجوان محصل

د) مرد ٦٥ ساله بازنشسته

سؤال ۱۰۴ کنکور ۱۴۰۵ با سؤال ۹۷ آزمون ۵ سنا شباهت داشت با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۹۷- پرستار در حال ارزیابی خطر خودکشی یک بیمار ۳۲ ساله با سابقه افسردگی ماژور و یک اقدام ناموفق به خودکشی (اوردوز) شش ماه پیش است. بیمار اکنون علائم افسردگی‌اش به‌طور قابل توجهی بهبود یافته، انرژی بیشتری دارد و می‌گوید دیگر به آن افکار فکر نمی‌کنم. پرستار باید کدام یک از باورهای زیر را به عنوان باور بالینی نادرست و بالقوه خطرناک شناسایی کند تا از ارزیابی نادرست خطر جلوگیری نماید؟		
الف) بهبود بالینی قابل توجه و بازگشت انرژی در چند ماه اول پس از اپیزود افسردگی شدید، می‌تواند به‌طور پارادوکسیکال با افزایش خطر اجرای قصد خودکشی همراه باشد، زیرا بیمار پیش‌تر به دلیل بی‌انرژی شدید قادر به اقدام نبود.		
ب) سابقه اقدام قبلی به خودکشی، قوی‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده مستقل خودکشی موفق در آینده است و خطر تکرار موفق را در برخی گروه‌ها تا ۸۰٪ افزایش می‌دهد؛ بنابراین پایش مداوم و طولانی‌مدت ضروری است حتی در صورت بهبود ظاهری.		
ج) اکثر بیماران متمایل به خودکشی در لحظه بحران ابهام شدیدی در تمایل به مرگ دارند و رفتار خودکشی اغلب حاوی عنصر «قمار با مرگ» است که می‌تواند نشانه‌ای از فریاد ناخودآگاه برای کمک باشد؛ لذا هر سرنخ کلامی یا رفتاری باید جدی گرفته شود.		
د) با توجه به بهبود بالینی فعلی بیمار و انکار افکار خودکشی، همراه با گذشت بیش از سه ماه از اقدام قبلی، می‌توان خطر خودکشی را به‌طور قابل اطمینان پایین در نظر گرفت و برنامه پایش را به ویزیت‌های روتین سرپایی با فاصله‌های طولانی‌تر کاهش داد.		
۹۷- گزینه د صحیح است	**سطح سوال: متوسط**	**مبحث سوال: فوریت های روان پزشکی**

در زمینه روان‌پزشکی، **خودکشی** یک عمل **غیرمنطقی** در نظر گرفته می‌شود که با بیماری روانی و **در بیشتر موارد، اما نه منحصراً**، با افسردگی همراه است. با این حال، تمام کسانی که بر اثر خودکشی می‌میرند، بیماری روانی ندارند. افرادی که در محیط‌های مراقبت بهداشتی غیرروان‌پزشکی و در جامعه هستند نیز می‌توانند در معرض خطر باشند.

در سال ۲۰۱۹، آخرین سالی که آمار ثبت‌شده است، ۴۷۵۱۱ نفر در ایالات متحده بر اثر خودکشی جان خود را از دست دادند (CDC، ۲۰۲۱). بیشتر این مرگ‌ها، خودکشی با **سلاح گرم** بود. این آمار نشان می‌دهد که خودکشی **دومین علت مرگ** (پس از آسیب‌های غیرعمد) در میان آمریکایی‌های جوان بین ۱۰ تا ۲۴ ساله (۱۹/۲ درصد از مرگ‌ومیرها) و ۲۵ تا ۴۴ ساله (۱۰/۹ درصد) است و علت هشتم مرگ در میان افراد بین ۴۵ تا ۶۴ ساله (۳/۱ درصد از مرگ‌ومیرها) و دهمین علت مرگ در کل می‌باشد.

افراد بسیار بیشتری نسبت به آن‌هایی که موفق می‌شوند، اقدام به خودکشی می‌کنند (حدود ۱۲:۱) و تعداد بی‌شمار دیگری به‌طور جدی به این عمل بدون انجام آن می‌اندیشند. با شیب ثابت نرخ خودکشی در دوره ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۸، خودکشی امروزه به یک مشکل عمده مراقبت‌های بهداشتی در ایالات متحده تبدیل شده است.

از نظر **تاریخی بیشترین میزان خودکشی در میان افراد مسن بوده** است. با این حال، **بالاترین میزان خودکشی در حال حاضر در میان افراد ۲۵ تا ۵۴ ساله** و دومین آمار بالا در افراد بالای ۸۵ ساله است.

از نظر تاریخی، میزان **خودکشی در میان پرسنل نظامی کمتر از جمعیت عمومی** بوده است. با این حال، در برخی از دوره‌های زمانی از زمان آغاز جنگ عراق، از جمله در سال‌های ۲۰۱۰ و ۲۰۱۱، تعداد سربازانی که در اثر خودکشی جان خود را از دست داده‌اند، بیشتر از کشته‌شدگان در نبرد بوده است.

.....

۱۰۵- در فرد مبتلا به بیماری اسکیزوفرنی، احساس حرکت حشرات زیر پوست نشان‌دهنده کدام علامت است؟

الف) هذیان جسمی

ب) هذیان انتساب

ج) توهم لامسه‌ای

د) توهم کاذب

سؤال ۱۰۵ کنکور ۱۴۰۵ با سؤال ۱۰۹ آزمون ۶ و سوال ۱۱۱ ازمون ۹ سنا شباهت داشت و با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۱۰۹- چند مورد از گزاره های زیر صحیح است؟

۱. شایع‌ترین علامت محرومیت الکل، لرزش و تشنج و دلیریوم ترمنس است.

۲. محرومیت کانابیس معمولاً بسیار شدید است و اغلب با تشنج همراه می‌شود.

۳. کوکائین و آمفتامین هر دو باعث میدریاز (گشاد شدن مردمک) می‌شوند.

۴. پدیده formication به‌طور کلاسیک با مصرف یا محرومیت کوکائین مرتبط است.

۵. محرومیت الکل و بنزودیازپین جزو معدود محرومیت‌هایی هستند که واقعاً می‌توانند کشنده باشند.

الف) ۳ مورد

ب) ۴ مورد

ج) ۲ مورد

د) ۱ مورد

۱۰۹- گزینه ب صحیح است	**سطح سوال: سخت**	**مبحث سوال: اختلالات مرتبط با مواد**

۱. شایع‌ترین علائم محرومیت هر ماده

- الکل: لرزش + تشنج + دلیریوم ترمنس
- اپیوئید: آبریزش بینی + خمیازه + درد عضلانی + اسهال
- بنزودیازپین: تشنج + اضطراب شدید
- کوکائین: افسردگی شدید(crash)
- آمفتامین: خواب‌آلودگی + افسردگی
- کانابیس: بی‌قراری + بی‌خوابی خفیف
- کافئین: سردرد
- نیکوتین: تحریک‌پذیری + ولع

۲. درمان محرومیت(Withdrawal management)

- الکل ← بنزودیازپین طولانی‌اثر (کلردیازپوکساید یا دیازپام) + تیامین ۱۰۰mg IM
- اپیوئید ← بوپرنورفین یا متادون + کلونیدین
- بنزودیازپین tapering← تدریجی یا کاربامازپین/والپروات

۳. درمان نگهدارنده

- اپیوئید ← متادون یا بوپرنورفین
- الکل ← نالترکسون، آکامپرزات، دی‌سولفیرام
- نیکوتین ← وارنیکلین یا بوپروپیون

۴. ماده‌ای که باعث میدریاز می‌کند / میوزیس می‌کند

- میدریاز: کوکائین، آمفتامین، محرومیت اپیوئید
- میوزیس: اپیوئید، کلونیدین، محرومیت الکل/بنزودیازپین

۵. ماده‌ای که باعث پرکاری سمپاتیک می‌شود (تاکی‌کاردی + تعریق + اضطراب شدید) ←کوکائین / آمفتامین / محرومیت الکل و بنزو

۶. عارضه کشنده هر ماده

- الکل: دلیریوم ترمنس (مورتالیتی ۵–۱۵ درصد بدون درمان)

- بنزودیازپین: تشنج + مرگ تنفسی
- کوکائین: انفارکتوس میوکارد یا سکته
- اپیوئید: مرگ تنفسی

۷. ماده‌ای که باعث توهمات لمسی (حشره زیر پوست) می‌شود ← کوکائین(formication)

۸. ماده‌ای که محرومیتش کشنده است؟ الکل و بنزودیازپین (به دلیل تشنج و دلیریوم)

۹. ماده‌ای که باعث نارسایی کبد می‌شود؟ ← استامینوفن + الکل

۱۰. ماده‌ای که باعث پسیکوز طولانی (بیش از ۱ ماه) می‌شود ← آمفتامین/مت‌آمفتامین

گزاره ۱، ۳، ۴ و ۵ صحیح هستند.

۱۱۱- بیمار آقای ۴۲ ساله‌ای است که با سابقه سوءمصرف شدید الکل، به دنبال تحریک‌پذیری شدید، بیقراری، نوسان خلق و لرزش دست‌ها به بخش اورژانس روان‌پزشکی ارجاع داده شده است. همسر بیمار ذکر می‌کند که او حدود ۳۶ ساعت پیش مصرف الکل را به طور ناگهانی قطع کرده است. در ارزیابی اولیه، بیمار مدام بازوی خود را می‌خاراند و می‌گوید: مورچه‌ها دارند زیر پوست من راه می‌روند، آن‌ها را از من دور کنید! همچنین علائم آتاکسی و نیستاگموس در معاینه فیزیکی مشهود است.با توجه‌به این سناریو، کدامیک از گزینه‌های زیر در ارتباط‌با اولویت‌های مراقبتی و پاتوفیزیولوژی شرایط بیمار صحیح است؟

الف) با توجه به علائم حسی بیمار، او دچار مسمومیت حاد با کوکائین شده است؛ اولین اولویت پرستار برقراری رابطه درمانی مبتنی بر اعتماد و تجویز بنزودیازپین دوز بالا جهت مهار توهم لمسی است.

ب) بیمار در فاز دلیریوم ترمنس (DTs) قرار دارد؛ اولین اقدام پرستار بررسی وضعیت ایمنی بیمار و حفظ راه هوایی است و پاتوفیزیولوژی علائم چشمی و حرکتی او ناشی از کمبود کوبالامین (B12) می‌باشد که باید سریعاً جایگزین شود.

ج) بیمار علائم ترک الکل را نشان می‌دهد؛ اقدام فوری حفظ ایمنی بیمار و پیشگیری از آسیب است و همزمان باید درمان با تیامین (B12) جهت کنترل علائم آتاکسی و نیستاگموس آغاز شود.

د) بیمار در مواجهه با عوارض حاد ترک الکل و انسفالوپاتی ورنیکه است؛ اولین اولویت پرستاری تأمین ایمنی بیمار و پیشگیری از صدمات است و مداخلات دارویی باید شامل تجویز بنزودیازپین برای علائم ترک و تیامین (B1) وریدی برای اختلالات نورولوژیک باشد.

۱۱۱- گزینه د صحیح است	**سطح سوال: متوسط**	**مبحث سوال: اختلالات مرتبط با مواد**

واژگان و مفاهیم پایه

درک این مفاهیم برای تشخیص‌های بالینی ضروری است:

- **تحمل** (Tolerance): نیاز به افزایش مقدار دارو برای دستیابی به همان اثر اولیه.
- **سندرم ترک** (Withdrawal): بروز علائم جسمی و روانی پس از قطع یا کاهش مصرف ماده‌ای که فرد به آن وابسته شده است.
- **هم‌ابتلایی** (Comorbidity): مصرف هم‌زمان دو ماده که معمولاً در سوءمصرف الکل دیده می‌شود. مواد قوی‌تر و خطرناک‌تر با احتمال هم‌ابتلایی بیشتری همراه هستند.

- **اعتیاد** (Addiction): بیماری مزمن و عودکننده که با جستجوی وسواسی و مصرف اجباری ماده مشخص می‌شود.
- **مکانیسم دفاعی انکار** (Denial): نادیده گرفتن ناخودآگاهانه جنبه‌های دردناک واقعیت. فرد تلاش می‌کند با نادیده‌گرفتن حقایق، طوری وانمود کند که مشکلی وجود ندارد. این مکانیسم در معتادان بسیار شایع و یکی از موانع اصلی در روند درمان است.

پروفایل بالینی مواد

شناخت علائم مسمومیت و محرومیت برای اولویت‌بندی پرستاری حیاتی است:

- **الکل:** پرمصرف‌ترین ماده تسکین‌دهنده مغز است. مسمومیت با آن باعث پرخاشگری و بی‌ثباتی خلق می‌شود. خطر اصلی مرگ ناشی از تضعیف تنفس یا آسپیراسیون است.
- **کوکائین:** مصرف آن در جوامع هنری و ورزشی بالاست. توهم لمسی از علائم بارز مسمومیت با آن است. بزرگ‌ترین مانع در ترک کوکائین میل مفرط به مصرف است. در زمان محرومیت، میل شدید به مصرف بارزترین علامت است و از عوارض جسمی آن می‌توان به انقباض عروقی و احتقان بینی اشاره کرد.
- **آمفتامین‌ها:** این مواد باعث سرخوشی و نشاط بیش از حد می‌شوند. محرومیت از آن‌ها منجر به افسردگی شدید، کسالت و خلق پایین می‌شود.
- **مواد افیونی (اپیوئیدها):** آثار بالینی شامل احساس سرخوشی، آرامش، خواب‌آلودگی، تسکین درد، برادی‌کاردی، افت فشارخون، انقباض مردمک‌ها، یبوست، بی‌تفاوتی و در موارد حاد، ضعف شدید تنفسی است.

بخش سوم: عوارض نورولوژیک و سندرم‌های حاد

این بخش بر اساس منابع معتبر اصلاح شده است:

- **انسفالوپاتی ورنیکه:** سندرم حادی است که منحصراً از کمبود **ویتامین** B1 (**تیامین**) ناشی می‌شود. علائم شامل آتاکسی و نیستاگموس است. اگر درمان نشود، ظرف چند روز به سمت مزمن شدن و سندرم کورساکوف پیش می‌رود. این علائم در مرحله حاد با درمان قابل بازگشت است.
- **سندرم کورساکوف:** مرحله مزمن ناشی از کمبود تیامین است که با اختلال شناختی همراه است.
- **دلیریوم ترمنس** (DTs): دلیریوم ناشی از ترک الکل است که معمولاً ۲۴ تا ۷۲ ساعت پس از قطع مصرف رخ می‌دهد. علائم شامل بی‌قراری، اضطراب، توهمات بینایی، لامسه و شنوایی، گیجی، کاهش هوشیاری، تپش قلب و تعریق است. برای رفع علائم آن، استفاده از بنزودیازپین‌های با دوز بالا مانند کلردیازپوکساید توصیه می‌شود.

بخش چهارم: سبب‌شناسی سوءمصرف (Etiology)

سوءمصرف نتیجه تعامل عوامل زیست‌شناختی، روانی و اجتماعی است:

۱. **عوامل روان‌شناختی:** سابقه بیش‌فعالی (ADHD)، اختلال سلوک یا شخصیت‌های ضداجتماعی استعداد ابتلا را افزایش می‌دهد. از نگاه روان‌کاوی، اعتیاد تثبیت در مرحله دهانی است. افرادی که سوپرایگو سخت‌گیر دارند یا خودتنبیه‌گر هستند، برای کاهش اضطراب ناخودآگاه به الکل پناه می‌برند. از نگاه رفتاری، کاهش اضطراب به عنوان تقویت‌کننده مثبت عمل می‌کند.

۲. **عوامل اجتماعی-فرهنگی:** محیط‌هایی مانند خوابگاه‌های دانشجویی یا پایگاه‌های نظامی و هنجارهای فرهنگی نقش تعیین‌کننده‌ای در شیوع مصرف دارند.

۳. **عوامل زیست‌شناختی:** کاهش انتقال‌دهنده‌های عصبی شامل دوپامین، سروتونین و GABA در بیماران وابسته به الکل گزارش شده است.

۴. **عوامل ژنتیکی:** نقش ژنتیک نسبت به محیط خانوادگی غالب است. فرزندان والدین الکلی، حتی اگر در خانواده‌های غیرالکلی بزرگ شوند، همچنان در معرض خطر بالا هستند. عکس این قضیه صادق نیست (کودکان با والدین غیرالکلی در محیط والدین الکلی، خطر بالایی ندارند).

بخش پنجم: مدیریت پرستاری

اصول مراقبتی و تشخیص‌های پرستاری در اعتیاد:

اولویت‌های اصلی:

- **اولین اقدام:** ایجاد رابطه درمانی مبتنی بر اعتماد.
- **اولین اقدام در مسمومیت با الکل:** جلوگیری از آسیب به خود و دیگران، سپس حفظ راه هوایی برای جلوگیری از آسپیراسیون.
- **ریسک خودکشی:** تا ۳ ماه پس از اولین اقدام به خودکشی، خطر تکرار بسیار بالاست.

تشخیص‌های پرستاری (۶ مورد استاندارد):

۱. توانایی بالقوه جهت آسیب و صدمه
۲. تعدی و خشونت به خود
۳. تغییر در تغذیه
۴. از عهده برآیی غیرموثر فردی
۵. اختلال در خودپنداری
۶. فقدان دانش در مورد مواد و عواقب

بیمار ۳۶ ساعت پس از قطع الکل دچار لرزش، بی‌قراری و توهم لمسی (احساس راه رفتن حشرات روی پوست یا Formication) شده است که نشان‌دهنده ورود به فاز دلیریوم ترمنس (DTs) است که معمولاً ۲۴ تا ۷۲ ساعت پس از قطع مصرف الکل آغاز می‌شود.

وجود هم‌زمان آتاکسی (عدم تعادل) و نیستاگموس (حرکات غیرارادی چشم) نشان‌دهنده ابتلای هم‌زمان بیمار به انسفالوپاتی ورنیکه است.

اولویت پرستاری: در بیماران دچار بیقراری شدید و دلیریوم ناشی از ترک الکل، اولین اولویت حفظ ایمنی بیمار و پیشگیری از آسیب به خود/دیگران است.

مداخلات دارویی: درمان استاندارد دلیریوم ترمنس، بنزودیازپین‌ها مانند کلردیازپوکساید یا دیازپام برای کنترل بیش‌فعالی سیستم اتونوم و پیشگیری از تشنج است. درمان انسفالوپاتی ورنیکه نیز تجویز فوری و اورژانسی ویتامین B1 (تیامین) است تا از تبدیل آن به سندرم مزمن و غیرقابل‌برگشت کورساکوف جلوگیری شود.

۱۰۶- درباره ارزیابی علایم اختلال سازگاری (Adjustment Disorder) گزاره مناسب کدام است؟

الف) علایم بیش از ٦ ماه پس از اتمام عامل استرس‌زا ادامه یافته است.

ب) علایم ٦ ماه پس از وقوع عامل استرس‌زا آغاز شده است.

ج) علایم طی ۳ ماه پس از شروع عامل استرس‌زا ایجاد شده است.

د) علایم هیچ ارتباطی با یک عامل استرس‌زای مشخص ندارد.

سؤال ۱۰۶ کنکور ۱۴۰۵ با سؤال ۱۱۸ آزمون ۴ و سوال ۱۰۴ ازمون ۶ سنا شباهت داشت و با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۱۱۸- کدام یک از ویژگی‌های زیر، اصلی‌ترین مشخصه اختلال انطباقی بر اساس DSM-5 است؟		
الف) بروز علائم شدید روان‌پریشی مانند توهم و هذیان در پاسخ به یک عامل استرس‌زا		
ب) بروز علائم عاطفی یا رفتاری در پاسخ به یک عامل استرس‌زای قابل شناسایی، ظرف ۳ ماه پس از شروع آن، که باعث پریشانی یا اختلال عملکرد قابل توجه می‌شود.		
ج) ادامه علائم برای بیش از یک سال، حتی پس از رفع عامل استرس‌زا		
د) عدم وجود هیچ عامل استرس‌زای خارجی و بروز علائم به صورت خودبه‌خودی		
۱۱۸- گزینه ب صحیح است	**سطح سوال: ساده**	**مبحث سوال: اختلالات انطباقی و کنترل تکانه**
اختلال انطباقی (Adjustment Disorder) یکی از شایع‌ترین تشخیص‌های روان‌پزشکی است که در دسته اختلالات مرتبط با تروما و استرس‌زا در DSM-5 قرار می‌گیرد. این اختلال زمانی تشخیص داده می‌شود که فرد در پاسخ به یک عامل استرس‌زای قابل شناسایی مانند طلاق، از دست دادن شغل، مهاجرت، بیماری یا حتی تغییرات مثبت اما چالش‌برانگیز مانند ازدواج یا تولد فرزند واکنش عاطفی یا رفتاری نشان دهد که بیش از حد انتظار و نامتناسب با شدت استرس‌زا باشد. **معیارهای اصلی تشخیص بر اساس DSM-5:** بروز علائم ظرف ۳ ماه پس از شروع عامل استرس‌زا علائم باعث پریشانی قابل توجه یا اختلال در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه‌های مهم زندگی می‌شوند. علائم نمی‌توانند با یک اختلال روانی دیگر مانند افسردگی اساسی یا PTSD بهتر توضیح داده شوند. علائم معمولاً ظرف ۶ ماه پس از رفع استرس‌زا یا پیامدهای آن برطرف می‌شوند (مگر در موارد مزمن که استرس‌زا ادامه‌دار باشد). **انواع فرعی اختلال انطباقی:** با خلق افسرده (depressed mood): غمگینی، گریه، ناامیدی غالب. با اضطراب (anxiety): نگرانی، عصبی‌بودن، ترس از جدایی. با اختلال مخلوط عاطفی و رفتاری: ترکیب افسردگی، اضطراب و مشکلات رفتاری مانند پرخاشگری یا بی‌انضباطی در نوجوانان. با اختلال رفتار: مشکلات رفتاری بدون علائم عاطفی شدید (شایع در کودکان/نوجوانان). سایر انواع (مخلوط یا نامشخص).		

۱۰۴- کدام‌یک از موارد زیر بهترین تعریف اختلال انطباقی است؟
الف) اختلالی که همیشه بیش از یک سال طول می‌کشد و با استرسور مرتبط نیست.

ب) واکنش عاطفی یا رفتاری شدید و نامتناسب به یک استرسور قابل شناسایی که معمولاً ظرف ۶ ماه پس از رفع استرسور برطرف می‌شود.

ج) اختلالی که فقط با علائم افسردگی شدید و افکار خودکشی ظاهر می‌شود.

د) ترس غیرمنطقی و پایدار از یک شیء یا موقعیت خاص

۱۰۴- گزینه ب صحیح است	**سطح سوال: ساده**	**مبحث سوال: احتلالات انطباقی و کنترل تکانه**

اختلالات انطباقی – (Adjustment Disorders) ساده و روان

تعریف خلاصه

واکنش عاطفی یا رفتاری **بیش از حد شدید** یا **نامتناسب** به یک **استرسور قابل شناسایی** که باعث اختلال قابل‌توجه در عملکرد می‌شود.

زمان‌بندی کلیدی

- شروع علائم: حداکثر **۳ ماه** بعد از استرسور
- پایان علائم: حداکثر **۶ ماه** بعد از **پایان** استرسور (یا پایان عواقب آن) ←اگر بعد از ۶ ماه ادامه داشت ← تشخیص دیگر (معمولاً افسردگی عمده یا اختلال اضطرابی)

استرسور باید چه باشد؟

- قابل شناسایی و مشخص
- معمولاً رویداد زندگی بزرگ یا تغییر مهم (طلاق، مهاجرت، از دست دادن شغل، بیماری جدی، مرگ عزیز، مشکلات مالی، شکست تحصیلی، تجاوز، زندان و ...)

معیارهای اصلی

۱. علائم در پاسخ به استرسور مشخص ظاهر شده
۲. شدت علائم یا اختلال عملکرد **بیش از حد انتظار** است
۳. علائم **بهتر توسط اختلال دیگری** توضیح داده نمی‌شود
۴. اگر استرسور مزمن یا طولانی‌مدت باشد، ممکن است علائم طولانی‌تر ادامه یابد

زیرگروه‌های مهم (Specifiers)

- با خلق افسرده
- با اضطراب
- با اختلال خلق و اضطراب مختلط
- با اختلال رفتار
- با اختلال رفتار و خلق افسرده/اضطراب مختلط
- نامشخص

شایع‌ترین انواع

- Adjustment Disorder with depressed mood
- Adjustment Disorder with anxiety
- Adjustment Disorder with mixed anxiety and depressed mood

تشخیص افتراقی مهم

- **افسردگی عمده** ←شدت بیشتر + علائم هسته‌ای افسردگی (بی‌علاقگی، احساس بی‌ارزشی، افکار خودکشی) + معمولاً طولانی‌تر از ۶ ماه
- **اختلال استرس پس از سانحه ← (PTSD)** استرسور تروماتیک شدید + علائم نفوذی + اجتناب + بیش‌هشیاری
- **اختلال اضطرابی عمومی** ←نگرانی گسترده و مداوم (نه مرتبط با یک استرسور خاص)
- **اختلال خلقی دوقطبی** ←دوره‌های مانیا/هیپومانیا دارد
- **واکنش طبیعی به استرس** ←شدت کم + اختلال عملکرد ندارد

درمان

- **اولویت اول** :روان‌درمانی کوتاه‌مدت (حمایت‌گرا، مشکل‌محور، CBT)
- دارو: معمولاً **لازم نیست** –فقط اگر علائم شدید افسردگی یا اضطراب باشد SSRI← کوتاه‌مدت
- پیش‌آگهی: **عالی** (اگر استرسور برطرف شود)

نکات مهم

- اگر علائم بعد از **۶ ماه** ادامه داشت ←تشخیص عوض شود
- اگر استرسور **تروماتیک شدید** بود ←اول PTSD یا Acute Stress Disorder چک شود
- شایع‌ترین تشخیص در **بیماران سرطانی، بیماران ICU ، مهاجران، بعد از طلاق** Adjustment Disorder
- در کودکان و نوجوانان اغلب با **اختلال رفتار** ظاهر می‌شود

۱۰۷- مددجویی که به دلیل ترک الکل در بیمارستان بستری شده است، از احساس تهوع و لرزش شکایت دارد. پرستار متوجه لرزش دست‌ها و تعریق در وی می‌شود. اولویت مداخله پرستاری کدام است؟

الف) درخواست تجویز آمفتامین

ب) ارسال نمونه خون برای غربالگری

ج) پرسش درباره وجود استرس

د) استفاده از بنزودیازپین تجویزی

سؤال ۱۰۷ کنکور ۱۴۰۵ با سؤال ۱۰۹ آزمون ۶ سنا شباهت داشت. با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۱۰۹- چند مورد از گزاره های زیر صحیح است؟

۱. شایع‌ترین علامت محرومیت الکل، لرزش و تشنج و دلیریوم ترمنس است.

۲. محرومیت کانابیس معمولاً بسیار شدید است و اغلب با تشنج همراه می‌شود.

۳. کوکائین و آمفتامین هر دو باعث میدریاز (گشاد شدن مردمک) می‌شوند.

۴. پدیده formication به‌طور کلاسیک با مصرف یا محرومیت کوکائین مرتبط است.

۵. محرومیت الکل و بنزودیازپین جزو معدود محرومیت‌هایی هستند که واقعاً می‌توانند کشنده باشند.

الف) ۳ مورد

ب) ۴ مورد

ج) ۲ مورد

د) ۱ مورد

۱۰۹- گزینه ب صحیح است	**سطح سوال: سخت**	**مبحث سوال: اختلالات مرتبط با مواد**

۱. شایع‌ترین علائم محرومیت هر ماده

- الکل: لرزش + تشنج + دلیریوم ترمنس
- اپیوئید: آبریزش بینی + خمیازه + درد عضلانی + اسهال
- بنزودیازپین: تشنج + اضطراب شدید
- کوکائین: افسردگی شدید(crash)
- آمفتامین: خواب‌آلودگی + افسردگی
- کانابیس: بی‌قراری + بی‌خوابی خفیف
- کافئین: سردرد
- نیکوتین: تحریک‌پذیری + ولع

۲. درمان محرومیت(Withdrawal management)

- الکل ← بنزودیازپین طولانی‌اثر (کلردیازپوکساید یا دیازپام) + تیامین ۱۰۰mg IM
- اپیوئید ← بوپرنورفین یا متادون + کلونیدین
- بنزودیازپین tapering← تدریجی یا کاربامازپین/والپروات

۳. درمان نگهدارنده

- اپیوئید ← متادون یا بوپرنورفین
- الکل ← نالترکسون، آکامپرزات، دی‌سولفیرام
- نیکوتین ← وارنیکلین یا بوپروپیون

۴. ماده‌ای که باعث میدریاز می‌کند / میوزیس می‌کند

- میدریاز: کوکائین، آمفتامین، محرومیت اپیوئید
- میوزیس: اپیوئید، کلونیدین، محرومیت الکل/بنزودیازپین

۵. ماده‌ای که باعث پرکاری سمپاتیک می‌شود (تاکی‌کاردی + تعریق + اضطراب شدید) ←کوکائین / آمفتامین / محرومیت الکل و بنزو

۶. عارضه کشنده هر ماده

- الکل: دلیریوم ترمنس (مورتالیتی ۵–۱۵ درصد بدون درمان)

- بنزودیازپین: تشنج + مرگ تنفسی
- کوکائین: انفارکتوس میوکارد یا سکته
- اپیوئید: مرگ تنفسی

۷. ماده‌ای که باعث توهمات لمسی (حشره زیر پوست) می‌شود ← کوکائین(formication)

۸. ماده‌ای که محرومیتش کشنده است؟ الکل و بنزودیازپین (به دلیل تشنج و دلیریوم)

۹. ماده‌ای که باعث نارسایی کبد می‌شود؟ ← استامینوفن + الکل

۱۰. ماده‌ای که باعث پسیکوز طولانی (بیش از ۱ ماه) می‌شود ← آمفتامین/مت‌آمفتامین

گزاره ۱، ۳، ۴ و ۵ صحیح هستند.

۱۰۸- فرد مبتلا به آلزایمر به تازگی در بخش بستری شده است. اولویت اقدام پرستار کدام است؟

الف) دریافت غذای مورد علاقه جهت جلب رضایت بیمار

ب) تامین ایمنی محیطی جهت پیشگیری از آسیب بیمار

ج) ارتباط با سایر بیماران جهت پیشگیری از انزوای اجتماعی بیمار

د) انجام فعالیت‌های روزانه توسط بیمار جهت پیشگیری از وابستگی

سؤال ۱۰۸ کنکور ۱۴۰۵ با سؤال ۱۱۲ آزمون ۷ شباهت داشت و با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۱۱۲- در بیمار مبتلا به آلزایمر تازه بستری شده، کدام اقدام توسط پرستار در اولویت است؟		
الف) اطمینان از دریافت غذای مورد علاقه جهت پیشگیری از اضطراب بیمار		
ب) اطمینان از ایمنی محیطی جهت پیشگیری از آسیب های محتمل به بیمار		
ج) اطمینان از ارتباط با سایر بیماران جهت پیشگیری از انزوای اجتماعی بیمار		
د) اطمینان از انجام فعالیت های روزانه توسط بیمار جهت پیشگیری از وابستگی		
۱۱۲- گزینه ب صحیح است	**سطح سوال: متوسط**	**مبحث سوال: اختلالات عصبی شناختی**
در بیمار مبتلا به **آلزایمر تازه بستری شده**، اولویت اصلی پرستاری بر اساس اصول **ایمنی**، **پیشگیری از آسیب** است. بیماران آلزایمری به‌ویژه در روزهای اول بستری: • دچار **گیجی شدید**، **اختلال جهت‌یابی** و **احتمال پرسه‌زنی** هستند. • خطر **افتادن**، **فرار از بخش**، **آسیب به خود یا دیگران** بسیار بالاست. • محیط جدید بیمارستان باعث افزایش **اضطراب و سردرگمی** می‌شود.		

بنابراین اقدام اولیه و اولویت‌دار، **ایمن‌سازی محیط** است (حذف موانع، قفل کردن درها در صورت لزوم، نظارت نزدیک، قرار دادن تخت در محل مناسب، برداشتن اشیاء خطرناک و ...).

- **الف)** دادن غذای مورد علاقه ←مهم است اما **اولویت فوری** نیست (اضطراب با ایمنی محیط بیشتر کنترل می‌شود).
- **ب)**اطمینان از ایمنی محیط← **اولویت اول** (ایمنی همیشه مقدم است).
- **ج)** ارتباط با سایر بیماران ←در مراحل اولیه بستری معمولاً بیمار گیج است و ممکن است حتی تعامل اجتماعی اضطراب او را بیشتر کند؛ این اقدام در مراحل بعدی مهم‌تر است.
- **د)** انجام فعالیت‌های روزانه توسط خود بیمار ←هدف پیشگیری از وابستگی خوب است، اما در ابتدای بستری، **ایمنی** مقدم بر استقلال است.

۱۰۹- از علایم مثبت اسکیزوفرنی کدام است؟

الف) کاهش بینش

ب) کاهش تکلم

ج) اختلال در عاطفه

د) اختلال در ادراک

سؤال ۱۰۹ کنکور ۱۴۰۵ با سؤال ۱۰۱ و ۱۱۴ آزمون ۳ شباهت داشت و با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۱۰۱- در مدل کلاسیک مراحل پیشرفت اختلال اسکیزوفرنی، در کدام یک از فازهای زیر احتمال بروز رفتارهای پرخاشگرانه یا تهاجمی به‌طور معنادار و بالینی بیشترین میزان را دارد؟		
الف) فاز پرموربید (Premorbid)		
ب) فاز پرودرومال (Prodromal)		
ج) فاز روان‌پریشی فعال (Active Psychotic)		
د) فاز باقی‌مانده (Residual)		
۱۰۱- گزینه ج صحیح است	**سطح سوال: متوسط**	**مبحث سوال: اسکیزوفرنی**

اسکیزوفرنی یک اختلال روان‌پزشکی مزمن است که معمولاً در مراحل یا فازهای مختلفی پیشرفت می‌کند. این فازها به ترتیب زمانی عبارت‌اند از: Premorbid، Prodromal، Active Psychotic و Residual در ادامه، هر فاز به‌طور خلاصه و به ترتیب توضیح داده شده است:

Premorbid Phase:

توضیح: این مرحله قبل از بروز علائم واضح اسکیزوفرنی است و معمولاً در کودکی یا نوجوانی رخ می‌دهد. افراد ممکن است رفتارهای طبیعی داشته باشند، اما برخی ویژگی‌های ظریف مانند گوشه‌گیری اجتماعی، عملکرد تحصیلی ضعیف، یا مشکلات خفیف در تعاملات اجتماعی دیده شود. این علائم اختصاصی نیستند و ممکن است به‌عنوان ویژگی‌های شخصیتی یا مشکلات رشدی تعبیر شوند.

ویژگی‌ها: بدون علائم روان‌پریشی (توهم یا هذیان)، ممکن است انزوا یا حساسیت اجتماعی خفیف وجود داشته باشد.

ارتباط با پرخاشگری: رفتارهای پرخاشگرانه یا تهاجمی در این فاز معمولاً دیده نمی‌شوند، زیرا هنوز بیماری فعال نشده است.

Prodromal Phase (فاز پیش‌درآمد):

توضیح: این مرحله آغاز علائم خفیف و غیراختصاصی اسکیزوفرنی است که معمولاً در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی رخ می‌دهد. علائم ممکن است شامل کاهش عملکرد اجتماعی، تحصیلی یا شغلی، انزوای بیشتر، اضطراب، افسردگی خفیف، یا افکار غیرعادی (ولی نه هذیان کامل) باشند. این فاز می‌تواند ماه‌ها تا سال‌ها طول بکشد.

ویژگی‌ها: علائم منفی مانند گوشه‌گیری، کاهش انگیزه و علائم خفیف شناختی مثل مشکل در تمرکز. هنوز علائم روان‌پریشی واضح (توهم یا هذیان) وجود ندارند.

ارتباط با پرخاشگری: پرخاشگری در این فاز نادر است، زیرا علائم روان‌پریشی که می‌توانند رفتارهای تهاجمی را تحریک کنند، هنوز غالب نیستند.

Active Psychotic Phase (فاز روان‌پریشی فعال):

توضیح: این مرحله اوج علائم اسکیزوفرنی است و با بروز علائم مثبت مانند توهم، هذیان، گفتار آشفته و رفتار غیرمنظم (اضافه شدن تجربیات غیرطبیعی) و گاهی علایم منفی کاهش عاطفه (احساسات سطحی)، بی‌ارادگی، کم‌گویی و انزوا (کاهش عملکرد طبیعی) مشخص می‌شود. بیمار ممکن است ارتباط با واقعیت را از دست بدهد، رفتارهای عجیب یا تکانشی نشان دهد و در موارد شدید، به دلیل هذیان‌های پارانوئید مثل باور به تهدید یا توهمات دستوری مثل شنیدن صداهایی که دستور می‌دهند پرخاشگر شود.

ویژگی‌ها: توهم (اغلب شنیداری)، هذیان مانند پارانوئید، رفتار آشوبناک و گاهی پرخاشگری یا تهاجم. این فاز معمولاً منجر به تشخیص و بستری شدن می‌شود.

ارتباط با پرخاشگری: رفتارهای پرخاشگرانه و تهاجمی در این فاز شایع‌ترند، به‌ویژه اگر بیمار به دلیل توهم یا هذیان احساس تهدید کند یا کنترل خود را از دست بدهد.

Residual Phase (فاز باقی‌مانده):

- توضیح: این مرحله پس از فاز روان‌پریشی فعال رخ می‌دهد، زمانی که علائم مثبت (توهم، هذیان) کاهش یافته یا کنترل شده‌اند (معمولاً با درمان دارویی). با این حال، علائم منفی مانند انزوا، کاهش انگیزه، فقدان عاطفه و مشکلات شناختی مثل ضعف در تمرکز ممکن است باقی بمانند. بیمار ممکن است عملکرد اجتماعی یا شغلی ضعیفی داشته باشد.
- ویژگی‌ها: علائم منفی غالب‌اند، علائم روان‌پریشی خفیف یا کنترل‌شده و بهبود نسبی در رفتار.

- ارتباط با پرخاشگری: پرخاشگری در این فاز معمولاً نادر است، زیرا علائم روان‌پریشی که محرک رفتارهای تهاجمی هستند، کاهش یافته‌اند.

ترتیب فازها: Premorbid → Prodromal → Active Psychotic → Residual

۱۱۴- کدامیک از علایم زیر جزء علایم منفی اسکیزوفرنیا است؟

الف) توهم

ب) هذیان

ج) کم حرفی

د) تفکر آشفته

۱۱۴- گزینه ج صحیح است	**سطح سوال: ساده**	**مبحث سوال: اسکیزوفرنی**

علائم منفی اسکیزوفرنیا به عنوان کاهش یا از دست دادن عملکردهای طبیعی توصیف می‌شوند که اغلب پایدارتر از علائم مثبت هستند و تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی بیماران دارند. این علائم معمولاً شامل پنج دسته اصلی می‌شوند که به عنوان "پنج A" شناخته می‌شوند: affective flattening (عاطفه مسطح)، alogia (کم‌حرفی یا فقر گفتار)، avolition (فقدان انگیزه)، anhedonia (عدم لذت‌برداری) و asociality (انزوای اجتماعی).

عاطفه مسطح: بیمار در بیان عواطف خود ناتوان است. مثلاً صورت او بدون تغییر باقی می‌ماند، حتی در موقعیت‌هایی که انتظار واکنش عاطفی می‌رود. این علامت نشان‌دهنده بلانتینگ یا ناهماهنگی پاسخ‌های عاطفی است و اغلب با عدم توانایی در برقراری ارتباط چشمی یا تغییرات کم در تن صدا همراه است.

کم‌حرفی یا الوژیا (Alogia): کاهش مقدار یا محتوای گفتار. بیمار ممکن است پاسخ‌های کوتاه و بی‌محتوا بدهد یا کاملاً ساکت باشد، حتی وقتی سؤال می‌شود. این علامت به عنوان کمبود گفتار توصیف می‌شود و بخشی از علائم اولیه منفی است.

فقدان انگیزه ناتوانی در شروع یا ادامه فعالیت‌های هدف‌دار. بیمار ممکن است ساعت‌ها بی‌حرکت بنشیند، بهداشت شخصی را رعایت نکند یا از کارهای روزمره مانند غذا خوردن یا کار اجتناب کند. این یکی از شایع‌ترین علائم منفی است که منجر به انزوا و کاهش عملکرد می‌شود.

عدم‌لذت‌برداری یا آنهدونیا (Anhedonia): ناتوانی در تجربه لذت از فعالیت‌هایی که قبلاً لذت‌بخش بودند، مانند خوردن، روابط اجتماعی یا سرگرمی‌ها. این علامت اغلب با افسردگی اشتباه گرفته می‌شود، اما در اسکیزوفرنیا بخشی از فرآیند بیماری است.

انزوای اجتماعی (Asociality): تمایل به دوری از تعاملات اجتماعی و عدم علاقه به روابط با دیگران. بیمار ممکن است از خانواده و دوستان فاصله بگیرد و ترجیح دهد تنها باشد، که این می‌تواند به دلیل کمبود انرژی عاطفی یا ترس از تعامل باشد.

حدود ۶۰ درصد بیماران اسکیزوفرنیا از علائم منفی پایدار رنج می‌برند که حتی با درمان دارویی مانند آنتی‌پسیکوتیک‌ها کاملاً برطرف نمی‌شوند. این علائم اغلب با اختلالات شناختی همراه هستند و پیش‌آگهی بلندمدت را تحت تأثیر قرار می‌دهند. درمان آنها معمولاً نیاز به رویکردهای ترکیبی مانند روان‌درمانی، توانبخشی اجتماعی و داروهای جدیدتر دارد.

۱۱۱- کانون توجه روان‌درمانی شناختی کدام است؟

الف) الگوهای فکری غیرمنطقی

ب) اختلال در تنظیم هیجانی

ج) تقویت منفی یا مثبت

د) اختلال در روابط

سؤال ۱۱۱ کنکور۱۴۰۵ با سؤال ۱۱۸ آزمون ۶ شباهت داشت و با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۱۱۸- پرستار در حال مراقبت از بیمار ۴۵ ساله مبتلا به افسردگی عمده است که علائم شدید دارد (بی‌اشتهایی، بی‌خوابی، احساس ناامیدی، کاهش انرژی). بیمار می‌گوید: هیچ دارویی نمی‌خوام، فقط می‌خوام بهتر شوم. به عنوان پرستار، اولویت اول مداخله غیردارویی کدام گزینه است که شواهد قوی دارد و معمولاً با درمان دارویی ترکیب می‌شود؟		
الف) تشویق بیمار به فعالیت بدنی شدید روزانه برای افزایش انرژی		
ب) معرفی درمان شناختی-رفتاری (Cognitive Behavioral Therapy - CBT) به عنوان خط اول غیردارویی برای تغییر الگوهای فکری منفی		
ج) پیشنهاد هیپنوتیزم برای کاهش سریع علائم افسردگی		
د) تمرکز روی هنر درمانی به تنهایی بدون ترکیب با روان‌درمانی ساختاریافته		
۱۱۸- گزینه ب صحیح است	**سطح سوال: ساده**	**مبحث سوال: ترکیبی**

Cognitive Behavioral Therapy(CBTدرمان شناختی-رفتاری)

CBTیکی از **مؤثرترین، مبتنی بر شواهد** و **پرتکرارترین** روش‌های درمانی در روانشناسی و روان‌پرستاری است. این رویکرد توسط **آرون بک** (Aaron Beck)در دهه ۱۹۶۰ برای افسردگی توسعه یافت و بعداً گسترش پیدا کرد.

اصول اصلی CBT

۱. مشکلات روانی تا حد زیادی ناشی از **افکار نادرست یا غیرمفید** هستند.
۲. مشکلات تا حدی از **الگوهای رفتاری آموخته‌شده ناسالم** ناشی می‌شوند.
۳. افراد می‌توانند **راه‌های بهتر مقابله** یاد بگیرند ←علائم کاهش پیدا می‌کند و عملکرد بهتر می‌شود.
۴. **افکار، احساسات و رفتارها** به شدت به هم وابسته‌اند .
۵. تمرکز روی **زمان حال** و مشکلات مشخص نه کاوش عمیق گذشته مانند روانکاوی.
۶. درمان **کوتاه‌مدت** معمولاً ۸–۲۰ جلسه، **ساختارمند، هدف‌محور** و **همکاری‌محور** مشتری و درمانگر با هم کار می‌کنند.
۷. **تمرین خانگی** بخش جدایی‌ناپذیر است (بدون آن CBT ناقص است).

سطوح شناخت در مدل بک

- **افکار اتوماتیک**: سریع، ناخودآگاه، منفی (مثل من همیشه شکست می‌خورم).
- **تحریف‌های شناختی** (Cognitive Distortions): الگوهای فکری غیرمنطقی که واقعیت را تحریف می‌کنند.
- **باورهای هسته‌ای / طرح‌واره‌ها** :(Core Beliefs / Schemas)باورهای عمیق درباره خود، دیگران و جهان (مثل من بی‌ارزشم، جهان خطرناک است).

مهم‌ترین تحریف‌های شناختی

- همه یا هیچ
- تعمیم بیش از حد(Overgeneralization)
- فاجعه‌سازی(Catastrophizing)
- فیلتر منفی / بی‌توجهی به مثبت‌ها
- پیش‌بینی منفی / پیش‌گویی
- ذهن‌خوانی
- شخصی‌سازی(Personalization)
- بایدزدگی(Should Statements)
- برچسب‌زنی
- استدلال عاطفی

تکنیک‌های کلیدی CBT

- **بازسازی شناختی** (Cognitive Restructuring): شناسایی ←چالش شواهد ←جایگزینی فکر واقع‌بینانه (مهم‌ترین تکنیک).
- **ثبت افکار** (Thought Records / ABCDE): موقعیت← (A) باور/فکر← (B) احساس← (C) شواهد مخالف ← (D)فکر جایگزین(E) .
- **فعال‌سازی رفتاری** (Behavioral Activation): افزایش فعالیت‌های لذت‌بخش و معنادار (اصلی برای افسردگی).
- **مواجهه و پیشگیری از پاسخ** (Exposure + Response Prevention – ERP): تدریجی روبه‌رو شدن با ترس.
- **آزمایش رفتاری** (Behavioral Experiments): تست پیش‌بینی‌های منفی در واقعیت.
- **حل مسئله** (Problem-Solving): مراحل سیستماتیک حل مشکل.
- **آرام‌سازی** (Relaxation)، تنفس دیافراگمی، ذهن‌آگاهی ساده.
- **آموزش مهارت‌های مقابله‌ای** و **خودنظارتی**

کاربردهای اصلی CBT

- افسردگی ←فعال‌سازی رفتاری + بازسازی شناختی
- اختلالات اضطرابی (GAD، پانیک، فوبیا)← مواجهه + بازسازی
- OCD ←ERP(مواجهه و جلوگیری از پاسخ)
- PTSD ←مواجهه طولانی یاCPT
- اختلال شخصیت مرزی DBT← نوع تخصصیCBT
- بی‌خوابی←CBT-I
- اختلالات خوردن، اعتیاد، درد مزمن، مشکلات زناشویی

نکات

- **اولویت اول غیردارویی** در افسردگی و اضطراب (اغلب با دارو ترکیب می‌شود و بهتر از دارو تنها در بلندمدت عمل می‌کند).
- درمانگر **فعال** و **جهت‌دهنده** است (نه خنثی).
- **تمرین خانگی** و **مهارت‌آموزی** ضروری است ←بیمار یاد می‌گیرد خودش درمانگر خودش باشد.
- در روان‌پرستاری: پرستار می‌تواند از تکنیک‌های ساده CBT (ثبت افکار، فعال‌سازی، آرام‌سازی، چالش افکار منفی) در مراقبت استفاده کند.
- شواهد: یکی از بیشترین تحقیقات را دارد

الف) فعالیت بدنی مفید است (ورزش به عنوان درمان کمکی توصیه می‌شود – مثلاً ۳۰ دقیقه پیاده‌روی روزانه)، اما درافسردگی شدید اولیه، بیمار ممکن است انرژی کافی نداشته باشد و فعالیت شدید می‌تواند باعث خستگی بیشتر یا شکست شود. اولویت اول روان‌درمانی ساختاریافته است نه ورزش به تنهایی.
ج) هیپنوتیزم شواهد محدودی دارد و خط اول نیست (فقط درمان کمکی در برخی موارد).
د) هنر درمانی، موسیقی درمانی یا گروه‌درمانی حمایتی مفید هستند، اما معمولاً کمکی محسوب می‌شوند نه خط اول غیردارویی. CBT یا Interpersonal Therapy اولویت بالاتری دارند.

۱۱۲- برای کاهش علایم سندرم ترک الکل، داروی متداول کدام است؟

الف) هالوپریدول

ب) کلردیازپوکساید

ج) متادون

د) سدیم والپروات

سؤال ۱۱۲ کنکور ۱۴۰۵ با سؤال ۱۰۹ آزمون ۶ و سوال ۱۱۱ آزمون ۹سنا شباهت داشت. با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۱۰۹- چند مورد از گزاره های زیر صحیح است؟

۱. شایع‌ترین علامت محرومیت الکل، لرزش و تشنج و دلیریوم ترمنس است.
۲. محرومیت کانابیس معمولاً بسیار شدید است و اغلب با تشنج همراه می‌شود.
۳. کوکائین و آمفتامین هر دو باعث میدریاز (گشاد شدن مردمک) می‌شوند.
۴. پدیده formication به‌طور کلاسیک با مصرف یا محرومیت کوکائین مرتبط است.

۵. محرومیت الکل و بنزودیازپین جزو معدود محرومیت‌هایی هستند که واقعاً می‌توانند کشنده باشند.
الف) ۳ مورد
ب) ۴ مورد
ج) ۲ مورد
د) ۱ مورد

۱۰۹- گزینه ب صحیح است	**سطح سوال: سخت**	**مبحث سوال: اختلالات مرتبط با مواد**

۱. شایع‌ترین علائم محرومیت هر ماده

- الکل: لرزش + تشنج + دلیریوم ترمنس
- اپیوئید: آبریزش بینی + خمیازه + درد عضلانی + اسهال
- بنزودیازپین: تشنج + اضطراب شدید
- کوکائین: افسردگی شدید(crash)
- آمفتامین: خواب‌آلودگی + افسردگی
- کانابیس: بی‌قراری + بی‌خوابی خفیف
- کافئین: سردرد
- نیکوتین: تحریک‌پذیری + ولع

۲. درمان محرومیت(Withdrawal management)

- الکل ← بنزودیازپین طولانی‌اثر (کلردیازپوکساید یا دیازپام) + تیامین ۱۰۰mg IM
- اپیوئید ← بوپرنورفین یا متادون + کلونیدین
- بنزودیازپین tapering← تدریجی یا کاربامازپین/والپروات

۳. درمان نگهدارنده

- اپیوئید ← متادون یا بوپرنورفین
- الکل ← نالترکسون، آکامپرزات، دی‌سولفیرام
- نیکوتین ← وارنیکلین یا بوپروپیون

۴. ماده‌ای که باعث میدریاز می‌کند / میوزیس می‌کند

- میدریاز: کوکائین، آمفتامین، محرومیت اپیوئید
- میوزیس: اپیوئید، کلونیدین، محرومیت الکل/بنزودیازپین

۵. ماده‌ای که باعث پرکاری سمپاتیک می‌شود (تاکی‌کاردی + تعریق + اضطراب شدید) ←کوکائین / آمفتامین / محرومیت الکل و بنزو

۶. عارضه کشنده هر ماده

- الکل: دلیریوم ترمنس (مورتالیتی ۵–۱۵ درصد بدون درمان)
- بنزودیازپین: تشنج + مرگ تنفسی
- کوکائین: انفارکتوس میوکارد یا سکته
- اپیوئید: مرگ تنفسی

۷. ماده‌ای که باعث توهمات لمسی (حشره زیر پوست) می‌شود ←کوکائین(formication)

۸. ماده‌ای که محرومیتش کشنده است؟ الکل و بنزودیازپین (به دلیل تشنج و دلیریوم)

۹. ماده‌ای که باعث نارسایی کبد می‌شود؟ ←استامینوفن + الکل
۱۰. ماده‌ای که باعث پسیکوز طولانی (بیش از ۱ ماه) می‌شود ← آمفتامین/مت‌آمفتامین
گزاره ۱، ۳، ۴ و ۵ صحیح هستند.

۱۱۱- بیمار آقای ۴۲ ساله‌ای است که با سابقه سوءمصرف شدید الکل، به دنبال تحریک‌پذیری شدید، بیقراری، نوسان خلق و لرزش دست‌ها به بخش اورژانس روان‌پزشکی ارجاع داده شده است. همسر بیمار ذکر می‌کند که او حدود ۳۶ ساعت پیش مصرف الکل را به طور ناگهانی قطع کرده است. در ارزیابی اولیه، بیمار مدام بازوی خود را می‌خاراند و می‌گوید: مورچه‌ها دارند زیر پوست من راه می‌روند، آن‌ها را از من دور کنید! همچنین علائم آتاکسی و نیستاگموس در معاینه فیزیکی مشهود است.با توجه‌به این سناریو، کدامیک از گزینه‌های زیر در ارتباط‌با اولویت‌های مراقبتی و پاتوفیزیولوژی شرایط بیمار صحیح است؟

الف) با توجه به علائم حسی بیمار، او دچار مسمومیت حاد با کوکائین شده است؛ اولین اولویت پرستار برقراری رابطه درمانی مبتنی بر اعتماد و تجویز بنزودیازپین دوز بالا جهت مهار توهم لمسی است.

ب) بیمار در فاز دلیریوم ترمنس (DTs) قرار دارد؛ اولین اقدام پرستار بررسی وضعیت ایمنی بیمار و حفظ راه هوایی است و پاتوفیزیولوژی علائم چشمی و حرکتی او ناشی از کمبود کوبالامین (B12) می‌باشد که باید سریعاً جایگزین شود.

ج) بیمار علائم ترک الکل را نشان می‌دهد؛ اقدام فوری حفظ ایمنی بیمار و پیشگیری از آسیب است و هم‌زمان باید درمان با تیامین (B12) جهت کنترل علائم آتاکسی و نیستاگموس آغاز شود.

د) بیمار در مواجهه با عوارض حاد ترک الکل و انسفالوپاتی ورنیکه است؛ اولین اولویت پرستاری تأمین ایمنی بیمار و پیشگیری از صدمات است و مداخلات دارویی باید شامل تجویز بنزودیازپین برای علائم ترک و تیامین (B1) وریدی برای اختلالات نورولوژیک باشد.

۱۱۱- گزینه د صحیح است	**سطح سوال: متوسط**	**مبحث سوال: اختلالات مرتبط با مواد**

واژگان و مفاهیم پایه

درک این مفاهیم برای تشخیص‌های بالینی ضروری است:

- **تحمل** (Tolerance): نیاز به افزایش مقدار دارو برای دستیابی به همان اثر اولیه.
- **سندرم ترک** (Withdrawal): بروز علائم جسمی و روانی پس از قطع یا کاهش مصرف ماده‌ای که فرد به آن وابسته شده است.
- **هم‌ابتلایی** (Comorbidity): مصرف هم‌زمان دو ماده که معمولاً در سوءمصرف الکل دیده می‌شود. مواد قوی‌تر و خطرناک‌تر با احتمال هم‌ابتلایی بیشتری همراه هستند.
- **اعتیاد** (Addiction): بیماری مزمن و عودکننده که با جستجوی وسواسی و مصرف اجباری ماده مشخص می‌شود.
- **مکانیسم دفاعی انکار** (Denial): نادیده گرفتن ناخودآگاهانه جنبه‌های دردناک واقعیت. فرد تلاش می‌کند با نادیده‌گرفتن حقایق، طوری وانمود کند که مشکلی وجود ندارد. این مکانیسم در معتادان بسیار شایع و یکی از موانع اصلی در روند درمان است.

پروفایل بالینی مواد

شناخت علائم مسمومیت و محرومیت برای اولویت‌بندی پرستاری حیاتی است:

- **الکل:** پرمصرف‌ترین ماده تسکین‌دهنده مغز است. مسمومیت با آن باعث پرخاشگری و بی‌ثباتی خلق می‌شود. خطر اصلی مرگ ناشی از تضعیف تنفس یا آسپیراسیون است.
- **کوکائین:** مصرف آن در جوامع هنری و ورزشی بالاست. توهم لمسی از علائم بارز مسمومیت با آن است. بزرگ‌ترین مانع در ترک کوکائین میل مفرط به مصرف است. در زمان محرومیت، میل شدید به مصرف بارزترین علامت است و از عوارض جسمی آن می‌توان به انقباض عروقی و احتقان بینی اشاره کرد.
- **آمفتامین‌ها:** این مواد باعث سرخوشی و نشاط بیش از حد می‌شوند. محرومیت از آن‌ها منجر به افسردگی شدید، کسالت و خلق پایین می‌شود.
- **مواد افیونی (اپیوئیدها):** آثار بالینی شامل احساس سرخوشی، آرامش، خواب‌آلودگی، تسکین درد، برادی‌کاردی، افت فشارخون، انقباض مردمک‌ها، یبوست، بی‌تفاوتی و در موارد حاد، ضعف شدید تنفسی است.

بخش سوم: عوارض نورولوژیک و سندرم‌های حاد

این بخش بر اساس منابع معتبر اصلاح شده است:

- **انسفالوپاتی ورنیکه:** سندرم حادی است که منحصراً از کمبود **ویتامین** B1 **(تیامین)** ناشی می‌شود. علائم شامل آتاکسی و نیستاگموس است. اگر درمان نشود، ظرف چند روز به سمت مزمن شدن و سندرم کورساکوف پیش می‌رود. این علائم در مرحله حاد با درمان قابل بازگشت است.
- **سندرم کورساکوف:** مرحله مزمن ناشی از کمبود تیامین است که با اختلال شناختی همراه است.
- **دلیریوم ترمنس** (DTs): دلیریوم ناشی از ترک الکل است که معمولاً ۲۴ تا ۷۲ ساعت پس از قطع مصرف رخ می‌دهد. علائم شامل بی‌قراری، اضطراب، توهمات بینایی، لامسه و شنوایی، گیجی، کاهش هوشیاری، تپش قلب و تعریق است. برای رفع علائم آن، استفاده از بنزودیازپین‌های با دوز بالا مانند کلردیازپوکساید توصیه می‌شود.

بخش چهارم: سبب‌شناسی سوءمصرف (Etiology)

سوءمصرف نتیجه تعامل عوامل زیست‌شناختی، روانی و اجتماعی است:

۵. **عوامل روان‌شناختی:** سابقه بیش‌فعالی (ADHD)، اختلال سلوک یا شخصیت‌های ضداجتماعی استعداد ابتلا را افزایش می‌دهد. از نگاه روان‌کاوی، اعتیاد تثبیت در مرحله دهانی است. افرادی که سوپرایگو سخت‌گیر دارند یا خودتنبیه‌گر هستند، برای کاهش اضطراب ناخودآگاه به الکل پناه می‌برند. از نگاه رفتاری، کاهش اضطراب به عنوان تقویت‌کننده مثبت عمل می‌کند.

۶. **عوامل اجتماعی-فرهنگی:** محیط‌هایی مانند خوابگاه‌های دانشجویی یا پایگاه‌های نظامی و هنجارهای فرهنگی نقش تعیین‌کننده‌ای در شیوع مصرف دارند.

۷. **عوامل زیست‌شناختی:** کاهش انتقال‌دهنده‌های عصبی شامل دوپامین، سروتونین و GABA در بیماران وابسته به الکل گزارش شده است.

۸. **عوامل ژنتیکی:** نقش ژنتیک نسبت به محیط خانوادگی غالب است. فرزندان والدین الکلی، حتی اگر در خانواده‌های غیرالکلی بزرگ شوند، همچنان در معرض خطر بالا هستند. عکس این قضیه صادق نیست (کودکان با والدین غیرالکلی در محیط والدین الکلی، خطر بالایی ندارند).

بخش پنجم: مدیریت پرستاری

اصول مراقبتی و تشخیص‌های پرستاری در اعتیاد:

اولویت‌های اصلی:

- **اولین اقدام:** ایجاد رابطه درمانی مبتنی بر اعتماد.
- **اولین اقدام در مسمومیت با الکل:** جلوگیری از آسیب به خود و دیگران، سپس حفظ راه هوایی برای جلوگیری از آسپیراسیون.
- **ریسک خودکشی:** تا ۳ ماه پس از اولین اقدام به خودکشی، خطر تکرار بسیار بالاست.

تشخیص‌های پرستاری (۶ مورد استاندارد):

۷. توانایی بالقوه جهت آسیب و صدمه
۸. تعدی و خشونت به خود
۹. تغییر در تغذیه
۱۰. از عهده برآیی غیرموثر فردی
۱۱. اختلال در خودپنداری
۱۲. فقدان دانش در مورد مواد و عواقب

بیمار ۳۶ ساعت پس از قطع الکل دچار لرزش، بی‌قراری و توهم لمسی (احساس راه رفتن حشرات روی پوست یا Formication) شده است که نشان‌دهنده ورود به فاز دلیریوم ترمنس (DTs) است که معمولاً ۲۴ تا ۷۲ ساعت پس از قطع مصرف الکل آغاز می‌شود.

وجود هم‌زمان آتاکسی (عدم تعادل) و نیستاگموس (حرکات غیرارادی چشم) نشان‌دهنده ابتلای هم‌زمان بیمار به انسفالوپاتی ورنیکه است.

اولویت پرستاری: در بیماران دچار بیقراری شدید و دلیریوم ناشی از ترک الکل، اولین اولویت حفظ ایمنی بیمار و پیشگیری از آسیب به خود/دیگران است.

مداخلات دارویی: درمان استاندارد دلیریوم ترمنس، بنزودیازپین‌ها مانند کلردیازپوکساید یا دیازپام برای کنترل بیش‌فعالی سیستم اتونوم و پیشگیری از تشنج است. درمان انسفالوپاتی ورنیکه نیز تجویز فوری و اورژانسی ویتامین B1 (تیامین) است تا از تبدیل آن به سندرم مزمن و غیرقابل‌برگشت کورساکوف جلوگیری شود.

۱۱۳- کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم، اغلب در ایجاد اعتماد مشکل دارد. با توجه به این موضوع، اقدام پرستاری مناسب‌تر کدام است؟

الف) همه کارکنان را تشویق کنید تا حد امکان کودک را در آغوش بگیرند.

ب) هر روز یک عضو متفاوت از کارکنان را به کودک اختصاص دهید.

ج) تا حد امکان یک عضو ثابت از کارکنان را به کودک اختصاص دهید.

د) از تماس چشمی با کودک اجتناب کنید، زیرا برایش ناراحت کننده است.

سؤال ۱۱۳ کنکور ۱۴۰۵ با سؤال ۱۱۵ آزمون ۸ سنا شباهت داشت. با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۱۱۵- در تشخیص افتراقی اوتیسم (ASD) از اختلال نقص‌توجه/ بیش‌فعالی (ADHD)، کدام ویژگی مشخصه بارز و مختص به ASD است؟		
الف) دشواری در حفظ تمرکز یکپارچه روی تکالیف طولانی و خسته‌کننده		
ب) قطع کردن مکرر صحبت دیگران و ناتوانی در رعایت نوبت		
ج) نقص در درک تقابل اجتماعی-هیجانی و خواندن نشانه‌های غیرکلامی		
د) حواس‌پرتی سریع در برابر محرک‌های نامربوط و خارجی		
۱۱۵- گزینه ج صحیح است	**سطح سوال: سخت**	**مبحث سوال: ترکیبی**

۱. دلیل مشکلات در تعاملات اجتماعی

- **در ADHD**: مشکل در ارتباطات اجتماعی معمولاً به دلیل **بی‌قراری و تکانشگری** است. فرد ممکن است وسط حرف دیگران بپرد، نتواند در صف منتظر بماند، یا به دلیل حواس‌پرتی به حرف‌های طرف مقابل گوش ندهد. آن‌ها معمولاً قوانین اجتماعی را درک می‌کنند، اما در اجرای آن‌ها در لحظه مشکل دارند.
- **در اوتیسم (ASD)**: مشکل ناشی از **دشواری در درک نشانه‌های اجتماعی** است. فرد ممکن است در برقراری تماس چشمی مشکل داشته باشد، زبان بدن، کنایه‌ها، استعاره‌ها و قوانین نانوشته‌ی اجتماعی را متوجه نشود. ارتباطات آن‌ها معمولاً بسیار مستقیم و صریح است.

۲. تفاوت در نوع مشکل تمرکز

- **در ADHD**: ذهن فرد مدام به دنبال محرک‌های جدید (دوپامین) است؛ بنابراین به راحتی توسط صداها، افکار یا اتفاقات محیطی **حواسش پرت می‌شود**. تمرکز روی کارهای خسته‌کننده برایشان به شدت دشوار است.
- **در اوتیسم (ASD)**: فرد ممکن است روی موضوعاتی که خارج از علایق خاص اوست تمرکز نکند، اما وقتی پای موضوع مورد علاقه‌اش در میان باشد، دچار **تمرکز بیش از حد (Hyperfocus)** می‌شود؛ به طوری که ممکن است ساعت‌ها متوجه گذر زمان یا محیط اطراف نشود.

۳. روتین، نظم و تغییرات

- **در ADHD**: این افراد معمولاً از روتین‌های تکراری و یکنواخت **خسته می‌شوند** و به دنبال تنوع، هیجان و کارهای جدید هستند. ساختار دادن به کارها برایشان سخت است.
- **در اوتیسم (ASD)**: این افراد به شدت به **روتین‌ها و پیش‌بینی‌پذیری وابسته هستند**. تغییرات ناگهانی در برنامه‌ها یا محیط می‌تواند باعث اضطراب شدید یا بهم‌ریختگی عصبی در آن‌ها شود.

۴. حرکات فیزیکی و رفتارهای تکراری

- **در ADHD**: حرکات فیزیکی مثل تکان دادن پا یا ور رفتن با اشیاء معمولاً برای **تخلیه انرژی اضافه** یا کمک به حفظ تمرکز انجام می‌شود.
- **در اوتیسم (ASD)**: رفتارهای تکراری مثل تکان دادن دست‌ها، چرخیدن یا تکرار کلمات، معمولاً برای **تنظیم حسی و آرام کردن خود** در برابر استرس یا هیجان زیاد انجام می‌شود.

گزینه ۳ (صحیح): بر اساس DSM-5 ، هسته مرکزی و تفاوت بنیادین اوتیسم(ASD) ، نقص در ارتباط و تعامل اجتماعی **(**Social-Emotional Reciprocity**)** و ناتوانی در درک نشانه‌های غیرکلامی مثل تماس چشمی، زبان بدن و لحن صدا است. این مشکل در ASD ریشه در درک شناختی-اجتماعی دارد، در حالی که در ADHD فرد قوانین اجتماعی را درک می‌کند اما ممکن است در اجرای آن‌ها مشکل داشته باشد.

گزینه ۱ و ۴ (غلط): ناتوانی در حفظ توجه پایدار روی تکالیف خسته‌کننده و حواس‌پرتی با محرک‌های بیرونی، از معیارهای اصلی بخش نقص توجه (Inattention) در اختلال ADHD هستند.

گزینه ۲ (غلط): قطع کردن صحبت دیگران، ناتوانی در انتظار و رعایت نوبت، مستقیماً به بخش تکانشگری (Impulsivity) در اختلال ADHD مربوط می‌شود. اگرچه این رفتار تعامل اجتماعی را مختل می‌کند، اما ریشه آن تکانشگری است نه عدم درک مفاهیم اجتماعی.

۱۱۵- کارمندی که در اداره با رییس مشکل دارد در منزل با کودک خود بدرفتاری می‌کند. مکانیسم دفاعی کدام است؟

الف) جابجایی

ب) جبران

ج) جانشین‌سازی

د) انکار

سؤال ۱۱۵ کنکور ۱۴۰۵ با سؤال ۱۰۰ آزمون اول سنا و سوال ۱۰۹ آزمون ۳ و ۷ و سوال ۹۷ آزمون ۸ سنا شباهت داشت. با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۱۰۰- فردی با اختلال شخصیت مرزی پس از طرد عاطفی از مکانیسم‌های دفاعی جبران، انکار، جابه‌جایی، همانندسازی، روشنفکری و دلیل‌تراشی استفاده می‌کند. کدام گزینه کاربرد این مکانیسم‌ها و تأثیر آن‌ها بر درمان را به‌درستی نشان می‌دهد؟		
الف) توهین به دوست (جابه‌جایی)، تقلید شریک (همانندسازی)، خودنمایی شغلی (جبران)، توجیه منطقی جدایی (روشنفکری)، سرزنش شریک (دلیل‌تراشی). مقاومت درمانی را افزایش می‌دهد.		
ب) پذیرش طرد، خشم به والدین (جابه‌جایی)، درونی‌سازی ارزش‌های شریک (همانندسازی)، جبران با فعالیت اجتماعی (جبران)، تحلیل منطقی (روشنفکری)، سرزنش خود (دلیل‌تراشی). پذیرش درمان را تسهیل می‌کند		
ج) توجیه طرد (دلیل‌تراشی)، سرکوب خشم (جابه‌جایی)، رد شریک (همانندسازی)، جبران با کار زیاد (جبران)، تحلیل منطقی (روشنفکری)، انکار مشکل (انکار). تعارضات درونی را تشدید می‌کند		
د) انکار با خودتخریبی (انکار)، خشم به خود (جابه‌جایی)، درونی‌سازی شریک (همانندسازی)، خودنمایی ورزشی (جبران)، تحلیل مزایای طرد (روشنفکری)، سرزنش شرایط (دلیل‌تراشی). مقاومت عاطفی درمان را مختل می‌کند.		
۱۰۰- گزینه ب صحیح است	**سطح سوال: متوسط**	**مبحث سوال: استرس**

مکانیسم های دفاعی:
جبران (Compensation): پوشاندن نقطه ضعف با تأکید بر نقطه قوت دیگر - پسر نوجوانی با مشکل حرکتی که نمی‌تواند فوتبال بازی کند، دانش‌آموز ممتاز می‌شود.
انکار (Denial): اجتناب از پذیرش واقعیت یا احساسات - زنی که الکل می‌نوشد، مشکل خود را انکار می‌کند.
جابه‌جایی (Displacement): انتقال احساسات از هدف اصلی به هدف خنثی‌تر - بیماری که از پزشک عصبانی است، به پرستار توهین می‌کند.
همانندسازی (Identification): افزایش عزت نفس با کسب صفات فرد مورد علاقه - کودکی ارزش‌های والدین را در وجدان خود ادغام می‌کند.
روشنفکری (Intellectualization): اجتناب از احساسات با استفاده از منطق و تحلیل - زنی اضطراب جابه‌جایی را با توضیح مزایای آن کاهش می‌دهد.
دلیل‌تراشی (Rationalization): توجیه رفتار غیرقابل قبول با دلایل منطقی - بیماری می‌گوید مشروب می‌خورد چون ازدواج و شغلش بد است.

۱۰۹- خانم ۳۲ ساله‌ای پس از جدایی طلاق یک‌ساله از همسرش، در جلسه مشاوره می‌گوید:
«من واقعاً دیگه هیچ احساسی بهش ندارم، انگار اصلاً این آدم تو زندگیم نبوده. گاهی یادم می‌افته که چقدر بهم خیانت کرد و چقدر آدم بدی بود، ولی بلافاصله به خودم می‌گم نه، اون بهترین مرد دنیا بود و من قدرش رو ندانستم و همه‌چیز تقصیر خودم بود. دیروز هم براش یه دسته‌گل گرون فرستادم و پیام دادم که اگر برگردی همه‌چیز رو می‌بخشم و دوباره از اول شروع می‌کنیم، چون واقعاً بدون اون نمی‌تونم زندگی کنم.»
این بیمار همزمان از کدام ترکیب مکانیسم‌های دفاعی به‌طور بارز استفاده می‌کند؟

الف) سرکوب + ایده‌آل‌سازی + باطل‌سازی

ب) انکار + فرافکنی + واکنشی‌سازی

ج) سرکوب + جابه‌جایی + منطقی‌سازی

د) فرافکنی + ایده‌آل‌سازی + برون‌ریزی

۱۰۹- گزینه الف صحیح است	**سطح سوال: سخت**	**مبحث سوال: استرس**

مکانیسم‌های دفاعی، استراتژی‌های ناخودآگاه ذهن برای کاهش اضطراب و محافظت از خود در برابر احساسات یا واقعیت‌های دردناک هستند. این مکانیسم‌ها، که در نظریه روان‌تحلیل فروید و آنا فروید توسعه یافتند، می‌توانند سازگار یا ناسازگار باشند. در این کیس، بیمار از یک مکانیسم دفاعی استفاده می‌کند تا با درد جدایی و احساسات منفی کنار بیاید.

سرکوب (Repression):
سرکوب شامل کنار زدن ناخودآگاه افکار، احساسات یا خاطرات دردناک از ذهن آگاه است، به‌طوری که فرد به‌کلی آن‌ها را فراموش می‌کند یا از وجودشان بی‌خبر است.
ایده‌آل‌سازی (Idealization):

ایده‌آل‌سازی زمانی رخ می‌دهد که فرد به‌صورت ناخودآگاه ویژگی‌های مثبت یک شخص یا موقعیت را بیش از حد بزرگ‌نمایی می‌کند تا اضطراب ناشی از واقعیت‌های منفی را کاهش دهد. این مکانیسم اغلب برای محافظت از خود در برابر احساسات منفی (مثل خشم یا ناامیدی) استفاده می‌شود.

جابه‌جایی (Displacement):

خشم یا احساسات منفی نسبت به یک منبع اصلی به فرد یا شیء دیگری منتقل می‌شود. این مکانیسم برای کاهش تنش ناشی از رویارویی مستقیم استفاده می‌شود.

انکار (Denial):

انکار شامل رد کامل واقعیت یا بخش‌هایی از آن است تا فرد از اضطراب ناشی از پذیرش حقیقت دردناک اجتناب کند.

ایده‌آل‌سازی می‌تواند ناسازگار باشد، زیرا بیمار را از پردازش احساسات واقعی مثل خشم یا غم بازمی‌دارد و ممکن است مانع پیشرفت در درمان شود. پرستار باید با تکنیک‌های همدلانه مثل گوش دادن فعال بیمار را تشویق کند تا احساسات واقعی خود را بیان کند.

باطل‌سازی (Undoing):

این مکانیسم دفاعی زمانی رخ می‌دهد که فرد سعی می‌کند با انجام عملی مثبت یا جبران‌کننده، اثر یک رفتار، فکر یا احساس ناپسند قبلی را خنثی کند. به‌عنوان مثال، فردی که پس از خشمگین شدن و توهین به دیگری احساس گناه می‌کند، ممکن است با عذرخواهی یا انجام کاری محبت‌آمیز مثل هدیه دادن)تلاش کند تا تأثیر رفتار منفی خود را «باطل» کند. این رفتار معمولاً ناخودآگاه است و هدف آن کاهش اضطراب یا احساس گناه ناشی از تعارض درونی است. باطل‌سازی به فرد کمک می‌کند تا تعادل روانی خود را حفظ کند، اما اگر بیش از حد استفاده شود، ممکن است به الگوهای رفتاری ناسالم منجر شود، مانند جبران مداوم به‌جای مواجهه با مشکل اصلی.

فرافکنی (Projection):

فرافکنی زمانی اتفاق می‌افتد که فرد احساسات، انگیزه‌ها یا ویژگی‌های ناخواسته و غیرقابل قبول خود را به دیگری نسبت می‌دهد تا از پذیرش آنها در خود اجتناب کند. به‌عنوان مثال، فردی که حس حسادت یا خشم درونی دارد، ممکن است به‌جای پذیرش این احساسات، معتقد شود که دیگران مثلاً استاد یا همکار نسبت به او حسادت می‌کنند یا قصد آسیب زدن به او دارند. این مکانیسم به‌صورت ناخودآگاه عمل می‌کند و به فرد اجازه می‌دهد از اضطراب ناشی از مواجهه با جنبه‌های منفی خود دوری کند. فرافکنی می‌تواند روابط بین‌فردی را مختل کند، زیرا باعث سوءتفاهم یا اتهامات نادرست به دیگران می‌شود.

سرکوب (Repression): اطلاعات یا احساسات دردناک به‌صورت ناخودآگاه از ذهن آگاه حذف می‌شوند. این مکانیسم از آگاهی فرد در برابر تعارضات درونی محافظت می‌کند.

۱۰۹- کدام‌یک از موارد زیر بهترین تمایز را بین مکانیسم‌های دفاعی انکار و سرکوب نشان می‌دهد؟
الف) انکار معمولاً در مورد واقعیت‌های خارجی است و آگاهانه انجام می‌شود، اما سرکوب کاملاً ناخودآگاه است و محتوای درونی را از آگاهی دور می‌کند.
ب) انکار واقعیت خارجی را رد می‌کند و فرد واقعاً آن را باور ندارد، اما سرکوب نیز همین کار را می‌کند ولی فقط با احساسات درونی
ج) انکار همیشه با بیماری‌های لاعلاج همراه است، در حالی که سرکوب فقط در اختلال شخصیت پارانوئید دیده می‌شود.

د) انکار ناخودآگاه است و فرد نمی‌داند دارد انکار می‌کند، اما سرکوب آگاهانه بوده و فرد عمداً چیزی را فراموش می‌کند.

۱۰۹- گزینه الف صحیح است	سطح سوال: متوسط	مبحث سوال: استرس

۱. انکار (Denial)

توضیح کامل :فرد واقعیت ناخوشایند یا دردناک را کاملاً رد می‌کند و اصلاً قبول ندارد وجود دارد. این رد آگاهانه نیست؛ فرد واقعاً باور ندارد.

مثال‌های بیشتر:

- بیمار مبتلا به سرطان پیشرفته می‌گوید: پزشک‌ها اشتباه تشخیص دادن، من سالمم و هیچ مشکلی ندارم.
- الکلی که کبدش سیروز شده: من فقط گاهی می‌خورم، اعتیاد ندارم.
- بعد از مرگ عزیز: اون نمرده، حتماً اشتباهی شده
- **دام آزمون:** با سرکوب اشتباه نگیرید؛ انکار واقعیت خارجی را رد می‌کند (آگاهانه‌تر به نظر می‌رسد)، سرکوب خاطره درونی را از آگاهی دور می‌کند (کاملاً ناخودآگاه).
- **ارتباط بالینی:** خیلی شایع در اعتیاد، سوگ، بیماری‌های لاعلاج و گاهی در مراحل اولیه افسردگی یا سرطان.

۲. فرافکنی (Projection)

توضیح کامل: فرد احساسات، ایمپالس یا ویژگی‌های ناخواسته و غیرقابل قبول خودش را به دیگران نسبت می‌دهد، انگار که مال خودش نیست.

مثال‌های بیشتر:

- مردی که خودش تمایل به خیانت دارد، مدام شک می‌کند همسرش خیانتکار است.
- بیمار پر از خشم پنهان: همه از من متنفرند و می‌خوان اذیتم کنن.
- در پارانوئید: «دولت داره منو تعقیب می‌کنه» (در حالی که خودش پر از حسادت و خصومت است)
- **دام آزمون:** با هذیان واقعی اشتباه نگیرید؛ فرافکنی مکانیسم است، اما اگر شدید شود به هذیان تبدیل می‌شود.
- **ارتباط بالینی:** بسیار شایع در اختلال شخصیت پارانوئید، بردرلاین و گاهی در اسکیزوفرنی پارانوئید.

۳. جابه‌جایی (Displacement)

توضیح کامل :انتقال احساسات (معمولاً خشم یا اضطراب) از منبع اصلی (که خطرناک یا غیرقابل دسترس است) به هدف ایمن‌تر و کم‌خطرتر

مثال‌های بیشتر:

- کارمندی که از رئیس عصبانی است، در خانه سر بچه‌ها یا همسر داد می‌زند.
- دانش‌آموزی که از معلم ترسیده، بعد از مدرسه سر حیوان خانگی خشمش را خالی می‌کند
- **دام آزمون:** با واکنش‌وارونه اشتباه نگیرید؛ اینجا احساس واقعی (خشم) منتقل می‌شود، نه اینکه برعکس شود .
  ارتباط بالینی: رایج در اضطراب، افسردگی و اختلالات شخصیت

۴. سرکوب (Repression)

توضیح کامل: ناخودآگاه واجب کردن افکار، خاطرات یا ایمپالس دردناک از آگاهی دور کردن (فراموشی واقعی ناخودآگاه) .

مثال‌های بیشتر:

- قربانی کودک‌آزاری، خاطره را کاملاً فراموش کرده و هیچ‌وقت به یاد نمی‌آورد.
- سربازی که صحنه جنگ را سرکوب کرده و علائم PTSD ندارد تا وقتی تریگر شود.

دام آزمون: انکار آگاهانه اســت (فرد می‌داند اما انکار می‌کند)، ســرکوب کاملاً ناخودآگاه و خاطره واقعاً از دســترس خارج می‌شود.

ارتباط بالینی: پایهPTSD ، اختلالات تجزیه‌ای و بسیاری از نوروزها.

۹۷- آقای سعیدی، مهندس ۴۵ ساله‌ای است که به تازگی متوجه شده به یک بیماری پیشرونده و لاعلاج عصبی مبتلا شده است. او پس از شنیدن این خبر، به جای بروز احساسات غم، خشم یا ترس، تمام وقت خود را صرف مطالعه مقالات تخصصی پزشکی درباره پاتوفیزیولوژی بیماری‌اش می‌کند. وقتی خانواده‌اش با نگرانی درباره وضعیت او سوال می‌پرسند، او با لحنی کاملاً سرد، بی‌تفاوت و علمی، آمار نرخ بقا و مکانیسم تخریب سلولی را برای آن‌ها توضیح می‌دهد. بارزترین مکانیسم دفاعی که آقای سعیدی در این موقعیت استفاده می‌کند، کدام است؟

الف) Denial

ب) Intellectualization

ج) Rationalization

د) Reaction Formation

۹۷- گزینه ب صحیح است	**سطح سوال: متوسط**	**مبحث سوال: استرس**

مکانیسم های دفاعی

۱. سرکوب (Repression)

این مکانیسم پایه و اساس سایر مکانیسم‌های دفاعی است. در سرکوب، فرد خاطرات، افکار یا احساسات دردناک و غیرقابل قبول را به طور کاملاً **ناخودآگاه** از حیطه آگاهی خود خارج کرده و به ناهشیار می‌راند.

- **مثال امتحانی:** فردی که در کودکی مورد آزار قرار گرفته، هیچ خاطره‌ای از آن دوران به یاد نمی‌آورد.
- **نکته:** تفاوت آن با بازداری (Suppression) در این است که سرکوب ناخودآگاه است، اما بازداری یک تلاش آگاهانه برای فراموش کردن است.

۲. فرافکنی (Projection)

فرد احساسات، انگیزه‌ها یا ویژگی‌های نامطلوب و غیرقابل قبول خود را به دیگران نسبت می‌دهد.

- **مثال امتحانی:** مردی که تمایل به خیانت دارد، مدام همسرش را به خیانت و بی‌وفایی متهم می‌کند. یا دانش‌آموزی که خودش تقلب کرده، معتقد است همه در حال تقلب هستند.

۳. جابجایی (Displacement)

انتقال احساسات و هیجانات (معمولاً خشم) از یک هدف اصلی که تهدیدکننده است، به یک هدف جایگزین و بی‌خطرتر.

- **مثال امتحانی:** کارمندی که از دست رئیس خود به شدت عصبانی است اما نمی‌تواند به او اعتراض کند، وقتی به خانه می‌رسد سر فرزند یا همسرش فریاد می‌زند.

۴. واکنش وارونه (Reaction Formation)

فرد برای پنهان کردن احساسات یا انگیزه‌های واقعی و غیرقابل قبول خود، رفتاری کاملاً متضاد با آن‌ها نشان می‌دهد. این مکانیسم در سوالات بسیار پرکاربرد است.

- **مثال امتحانی:** فردی که در درون از یک همکار به شدت متنفر است، در ظاهر با او بسیار مهربان، چاپلوس و صمیمی رفتار می‌کند.

۵. والایش / تصعید (Sublimation)

این تنها مکانیسم دفاعی **کاملاً بالغانه (Mature)** و سالم در روانکاوی است. در والایش، فرد تکانه‌ها و غرایز غیرقابل قبول (مانند خشم یا نیازهای جنسی) را به فعالیت‌های سازنده و از نظر اجتماعی مقبول تبدیل می‌کند.

- **مثال امتحانی:** نوجوانی که به شدت پرخاشگر است، به ورزش بوکس روی می‌آورد و در آن قهرمان می‌شود. یا فردی که تمایلات سادیسمی (دیگرآزاری) دارد، به یک جراح موفق تبدیل می‌شود.

۶. دلیل‌تراشی / توجیه عقلی (Rationalization)

تلاش برای توجیه رفتارهای غیرمنطقی یا شکست‌ها از طریق ارائه دلایل منطقی، اما غیرواقعی، تا فرد از احساس گناه یا حقارت در امان بماند.

- **مثال امتحانی:** دانش‌آموزی که در امتحان رد شده است، می‌گوید: سوالات استاندارد نبودند و معلم با من غرض‌ورزی داشت (به جای پذیرش عدم مطالعه کافی).

۷. انکار (Denial)

نپذیرفتن واقعیت‌های تلخ و واضح بیرونی. فرد جوری رفتار می‌کند که انگار آن رویداد اصلا اتفاق نیفتاده است.

- **مثال امتحانی:** بیماری که به تازگی متوجه شده سرطان بدخیم دارد، جواب آزمایش‌ها را اشتباه می‌داند و به زندگی عادی خود بدون پیگیری درمان ادامه می‌دهد.

۸. پس‌روی / بازگشت (Regression)

بازگشت به مراحل قبلی رشد روانی-جنسی در مواجهه با استرس شدید. فرد رفتارهای کودکانه‌ای نشان می‌دهد که قبلاً آن‌ها را ترک کرده بود.

- **مثال امتحانی:** کودک پنج ساله‌ای که با تولد برادر کوچکترش احساس خطر و کم‌توجهی می‌کند، دوباره شروع به شب‌ادراری یا مکیدن انگشت می‌کند.

۹. عقلانی‌سازی (Intellectualization)

فرد برای فرار از مواجهه با هیجانات دردناک یک موقعیت، به صورت افراطی روی جنبه‌های منطقی، علمی و انتزاعی آن تمرکز می‌کند.

- **مثال امتحانی:** فردی که همسرش را در یک تصادف از دست داده، به جای سوگواری و گریه کردن، مدام در حال توضیح دادن جزئیات فیزیکی تصادف و قوانین راهنمایی و رانندگی برای دیگران است.

۱۰. دونیم‌سازی (Splitting)

این مکانیسم بیشتر در **اختلال شخصیت مرزی (BPD)** دیده می‌شود. فرد قادر نیست جنبه‌های مثبت و منفی خود یا دیگران را با هم ترکیب کند. همه چیز در نظر او یا کاملاً خوب است یا کاملاً بد (تفکر سیاه و سفید).

- **مثال امتحانی:** یک بیمار امروز به پزشک خود می‌گوید: شما بهترین دکتری هستید که تا به حال دیده‌ام و فرشته نجاتی، اما فردا به خاطر یک تاخیر کوچک می‌گوید: شما بی‌سوادترین و بدترین دکتری هستید که می‌شناسم!

۱۱۶- بیماری به پرستار می‌گوید "آیا من حمام بروم؟" پرستار در پاسخ می‌گوید: "خودت چه فکر می‌کنی؟"

تکنیک مورد استفاده پرستار کدام است؟

الف) بیان مجدد

ب) انعکاس

ج) گشایش سخن

د) شفاف‌سازی

سؤال ۱۱۶ کنکور ۱۴۰۵ با سؤال۹۹ آزمون ۲ و ۳ سنا و سوال ۱۰۵ آزمون ۸ سنا شباهت داشت. با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۹۹- هر گزاره بترتیب کدام تکنیک درمانی را نشان می دهد؟ **۱) «آره، چیزی که گفتی رو می فهمم.»** **۲) «میبینم که تختت رو مرتب کردی.»** **۳) «آیا چیزی هست که بخوای درباره اون صحبت کنی؟»** **۴) «و بعد از اون؟»** **۵) بیمار: «من نمی تونم درس بخونم. ذهن من مدام سر گردانه. پرستار: تو در تمرکز کردن مشکل داری. بیمار: «من نمی تونم اون شغل جدید رو قبول کنم. اگه نتونم این کار را انجام بدم چی؟ پرستار: «می ترسی در این موقعیت جدید شکست بخوری.»** **۶) بیمار: «فکر نمی کنی من باید به رئیسم بگم که این موضوع رو تحمل نمی کنم؟ پرستار: «به نظر خودت باید چی کار کنی؟ بیمار: «او من رو خیلی ناراحت می کنه! پرستار: «پس از رئیست عصبانی هستی؟»**
الف) گزاره یک به تکنیک پذیرش و گزاره سوم به تکنیک ارائه هدایت کلی اشاره دارد.
ب) گزاره دو به تکنیک تصدیق کردن و گزاره شش به تکنیک گشایش سخن اشاره دارد.
ج) گزاره پنج به تکنیک بیان مجدد و گزاره چهارم به تکنیک ارائه هدایت کلی اشاره دارد.
د) گزاره شش به تکنیک بیان مجدد و گزاره پنج به تکنیک انعکاس اشاره دارد.

۹۹- گزینه ج صحیح است	**سطح سوال: سخت**	**مبحث سوال: ارتباط و ارتباط درمانی**
پذیرش: پذیرش، نگرش درک و تمایل به تعامل را نشان میدهد. مثال: آره، چیزی که گفتی رو می فهمم. ارتباط چشمی؛ سر تکان دادن **تصدیق:** اذعان و نشان دادن آگاهی، بهتر از تعریف و تمجید است که قضاوت پرستار را منعکس می کنند. گشایش سخن: گشایش سخن به بیمار اجازه می دهد تا کانون تعامل را هدایت کند و براهمیت نقش بیمار در فرآیند ارتباط تأکید دارد. مثال: «دوست داری امروز در مورد چه چیزی صحبت کنیم؟ آیا چیزی هست که بخوای درباره اون صحبت کنی؟ **ارائه هدایت کلی**: سرنخ های عمومی بیمار را تشویق می کند تا کمترین ورودی پرستار ادامه دهد. مثال: بله متوجه ام. ادامه بده. و بعد اون؟		

بیان مجدد: تکرار اندیشه ی اصلی آن چه که بیمار گفته است به بیمار اجازه می دهد تا بداند که آیا یک عبارت بیان شده، درک شده است یا خیر و به او فرصت میدهد تا ادامه دهد یا در صورت لزوم توضیح دهد. بیمار: «من نمی تونم درس بخونم. ذهن من مدام سر گردانه. پرستار: تو در تمرکز کردن مشکل داری. بیمار: «من نمی تونم اون شغل جدید رو قبول کنم. اگه نتونم این کار را انجام بدم چی؟ پرستار: «می ترسی در این موقعیت جدید شکست بخوری.»

انعکاس: سؤالات و احساسات به بیمار ارجاع داده می شود تا بیمار به جای اینکه صرفاً از پرستار مشورت بخواهد، توانمند شود تا فعالانه در حل مسأله شرکت کند. بیمار: «فکر نمی کنی من باید به رئیسم بگم که این موضوع رو تحمل نمی کنم؟ پرستار: «به نظر خودت باید چی کار کنی؟ بیمار: «او من رو خیلی ناراحت می کنه! پرستار: «پس از رئیست عصبانی هستی؟»

۹۹- پرستار به مددجو میگوید: "دوست داری راجع به چه چیزی صحبت کنیم"کدام تکنیک ارتباطی است؟		
الف) پذیرش بدون قید و شرط بیمار		
ب) احترام به نیازهای بیمار		
ج) توجه به خواسته های ناخودآگاه		
د) گشایش سخن بطور وسیع		
۹۹- گزینه د صحیح است	**سطح سوال: متوسط**	**مبحث سوال: ارتباط و ارتباط درمانی**

تکنیک‌های ارتباط درمانی اصلی

گشایش سخن به‌طور وسیع(Broad Opening)

اجازه دادن به مددجو برای انتخاب آزادانه موضوع بحث و اعلام ضمنی اینکه هر موضوعی قابل قبول است.

مثال: دوست دارید درباره چه موضوعی صحبت کنیم؟

پذیرش(Acceptance)

ابراز پذیرش احساسات، افکار و رفتار مددجو بدون قضاوت.

مثال: می‌بینم که در حال حاضر بسیار ناراحت هستید.

پذیرش بدون قید و شرط(Unconditional Positive Regard)

پذیرش کامل مددجو به عنوان یک انسان ارزشمند، صرف‌نظر از رفتار یا احساساتش (مفهوم کارل راجرز).

مثال: من شما را دقیقاً همان‌گونه که هستید، بدون هیچ قضاوتی، می‌پذیرم.

سکوت درمانی(Using Silence)

استفاده هدفمند از سکوت برای ایجاد فرصت تفکر و بیان بیشتر توسط مددجو.

ارائه اطلاعات(Giving Information)

ارائه اطلاعات دقیق، روشن و مرتبط با نیاز مددجو.

مثال: این دارو معمولاً روزانه یک بار مصرف می‌شود.

تمرکز(Focusing)

هدایت آرام گفتگو به سمت یک موضوع خاص وقتی مددجو پراکنده صحبت می‌کند.

مثال: به نظر می‌رسد بیشتر نگران روابط خانوادگی خود هستید، درست است؟

سؤالات باز(Open-ended Questions)

پرسش‌هایی که پاسخ «بله/خیر» ندارند و مددجو را به توضیح مفصل دعوت می‌کنند.

مثال: درباره احساستان نسبت به این موضوع بیشتر توضیح می‌دهید؟

بازتاب یا انعکاس(Reflecting)

بازتاب دادن محتوای احساسی یا فکری گفته‌های مددجو به خودش.

مثال: مددجو: «نمی‌دانم چرا این‌قدر عصبانی‌ام.» پرستار: یعنی احساس خشم شدیدی دارید؟

کاوش(Exploring)

بررسی عمیق‌تر یک موضوع خاص که مددجو به آن اشاره کرده است.

مثال: می‌توانید بیشتر درباره این ترس خود توضیح دهید؟

همدلی درمانی(Voicing Empathy)

ابراز درک عاطفی از موقعیت مددجو بدون اینکه احساس پرستار شخصی شود.

مثال: باید برایتان بسیار دشوار باشد که این تنهایی را تحمل کنید.

خلاصه‌سازی(Summarizing)

جمع‌بندی نکات اصلی گفتگو در پایان جلسه یا در نقاط کلیدی.

مثال: امروز درباره اضطراب، روابط خانوادگی و برنامه درمانی‌تان صحبت کردیم.

۱۰۵- بیمار می‌گوید: من اصلاً نمی‌توانم شب‌ها بخوابم و از این وضعیت خسته شده‌ام. پرستار پاسخ می‌دهد: به نظر می‌رسد این بی‌خوابی شما را خیلی خسته و کلافه کرده است. این پاسخ پرستار نمونه کدام تکنیک ارتباطی است؟

الف) Restating

ب) Reflection

ج) Clarification

د) Exploring

۱۰۵- گزینه ب صحیح است	**سطح سوال: متوسط**	**مبحث سوال: ارتباط و ارتباط درمانی**

۱. تفاوت بازتاب محتوا (Restating) و انعکاس (Reflection)

این دو تکنیک بیشترین میزان اشتباه‌پذیری را دارند. تفاوت اصلی در **چیزی است که به بیمار برگردانده می‌شود**.

- **بازتاب محتوا (Restating)**: تمرکز روی **کلمات و محتوای کلام** بیمار است. پرستار دقیقاً همان ایده اصلی یا کلمات بیمار را تکرار می‌کند تا نشان دهد حرف او را شنیده است.
  - بیمار: من اصلاً نمی‌تونم شبا بخوابم، همش بیدارم.
  - پرستار: شما شب‌ها بیدار هستید و مشکل خواب دارید. (تکرار همان حرف با کلمات مشابه).
- **انعکاس (Reflection)**: تمرکز روی **احساسات پنهان** یا **برگرداندن تصمیم‌گیری** به خود بیمار است.
  - بیمار: من اصلاً نمی‌تونم شبا بخوابم، همش بیدارم.
  - پرستار: به نظر می‌رسه این بی‌خوابی شما رو خیلی کلافه و خسته کرده. (انعکاس احساس پنهان در حرف بیمار).
  - مثال دیگر در تصمیم‌گیری: بیمار می‌پرسد: به نظر شما عمل کنم؟ / پرستار (انعکاس): خودتون در مورد عمل کردن چه فکری می‌کنید؟

۲. تفاوت تصریح / روشن‌سازی (Clarification) و کاوش / جستجو (Exploring)

هر دو تکنیک شامل سوال پرسیدن از بیمار هستند، اما **هدف** آن‌ها متفاوت است.

- **تصریح (Clarification):** زمانی استفاده می‌شود که حرف بیمار **مبهم، گنگ یا نامشخص** است و پرستار اصلاً منظور او را نفهمیده است.
  - بیمار: همه چیز یهو به هم ریخت، اون قرص‌ها حالم رو بد کرد.
  - پرستار: منظورتون از اینکه حالتون رو بد کرد دقیقاً چیه؟ آیا حالت تهوع گرفتید؟ (تلاش برای فهمیدن منظور دقیق).
- **کاوش (Exploring):** زمانی استفاده می‌شود که پرستار منظور بیمار را کاملاً فهمیده، اما می‌خواهد **جزئیات بیشتر و عمیق‌تری** درباره آن موضوع بداند.
  - بیمار: رابطه‌ام با برادرم اصلاً خوب نیست. (جمله واضح است).
  - پرستار: ممکنه بیشتر درباره مشکلاتی که با برادرتون دارید توضیح بدید؟ (حفاری و عمیق شدن در موضوع).

۳. تفاوت بیان مشاهدات (Making Observations) و مواجهه (Confrontation)

هر دو تکنیک بر اساس چیزی که پرستار در بیمار می‌بیند (زبان بدن و رفتار) انجام می‌شوند.

- **بیان مشاهدات (Making Observations):** پرستار صرفاً چیزی را که می‌بیند به زبان می‌آورد تا بیمار را متوجه احساسات ناخودآگاهش کند یا سر صحبت را باز کند. کاملاً ملایم و بدون قضاوت است.
  - پرستار: شما دارید ناخن‌هاتون رو می‌جوید و پاتون رو تکون می‌دید؛ به نظر مضطرب می‌رسید.
- **مواجهه (Confrontation):** پرستار به یک **تناقض (تضاد)** بین حرف و عمل بیمار اشاره می‌کند. این روش کمی تهاجمی‌تر است و فقط زمانی استفاده می‌شود که ارتباط اعتمادآمیز (Rapport) شکل گرفته باشد.
  - پرستار: شما می‌گید که از دست همسرتون اصلاً ناراحت نیستید، اما وقتی اسمش میاد با عصبانیت مشت‌هاتون رو گره می‌کنید. (اشاره به تضاد بین گفتار و زبان بدن).

۴. تفاوت همدلی (Empathy) و همدردی (Sympathy)

در روان‌پرستاری، این مورد یک تله‌ی امتحانی و بالینی بزرگ است! **همدلی یک تکنیک درمانی است، اما همدردی غیردرمانی و مخرب است.**

- **همدلی (Empathy):** شما احساس بیمار را درک می‌کنید اما بی‌طرفی (Objectivity) خود را حفظ می‌کنید. شما وارد چاه احساسات بیمار نمی‌شوید، بلکه از بالا به او طناب می‌دهید.
  - پرستار: می‌دونم که از دست دادن شغلتون در این شرایط بیماری، چقدر براتون سنگین و دردناک بوده.
- **همدردی (Sympathy):** شما دلسوزی می‌کنید و خودتان هم درگیر احساسات بیمار می‌شوید (غرق شدن با بیمار). این کار باعث می‌شود نتوانید حرفه‌ای کمک کنید.
  - پرستار: وای خیلی متاسفم! چه اتفاق وحشتناکی! منم اگر جای شما بودم داغون می‌شدم و نمی‌دونستم چه کار کنم. (غیردرمانی - انتقال حس ناامیدی).

۱۱۷- بیماری که می‌گوید به علت دل‌درد در بخش اعصاب و روان بستری شده است، در کدام بخش دچار اختلال است؟

الف) بینش

ب) تفکر

ج) ادراک

د) احساس

سؤال ۱۱۷ کنکور ۱۴۰۵ با سؤال ۱۱۲ آزمون ۲ سنا شباهت موضوعی داشت. با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۱۱۲- ویژگی اصلی اختلالات نوروتیک چیست و چگونه با اختلالات سایکوتیک تفاوت دارد؟		
الف) اضطراب به عنوان ویژگی اصلی، با واقعیت‌سنجی سالم و وجود بینش نسبت به بیماری برخلاف سایکوتیک که واقعیت‌سنجی مختل است.		
ب) از دست دادن واقعیت‌سنجی و هذیان، با فقدان بینش مشابه سایکوتیک		
ج) تغییرات ساختاری مغز ناشی از عامل جسمانی، بدون تعارضات درون‌روانی مانند روانی-عضوی		
د) علل روان‌شناختی بدون تغییرات ساختاری، اما با تخریب عملکرد اجتماعی مانند کارکردی		
۱۱۲- گزینه الف صحیح است	**سطح سوال: متوسط**	**مبحث سوال: طبقه بندی در روانپزشکی**

اختلالات روانی: طبقه‌بندی و ویژگی‌ها

در روان‌پزشکی، اختلالات روانی بر اساس ویژگی‌های اصلی، علل و تأثیرات بر فرد طبقه‌بندی می‌شوند. در ادامه، به بررسی مختصری از انواع اصلی اختلالات سایکوتیک، نوروتیک، کارکردی و روانی-عضوی می‌پردازیم.

اختلالات سایکوتیک

ویژگی اصلی اختلالات سایکوتیک، از دست دادن توانایی واقعیت‌سنجی است که با هذیان و توهم مشخص می‌شود و باعث می‌گردد بیمار نتواند محرک‌های دریافتی را به‌طور منطقی تجزیه و تحلیل نماید؛ لذا، واکنش‌های غیرمنطقی از خود نشان می‌دهد. برای مثال، با ظاهری غیرعادی در اجتماع ظاهر می‌شود.

سایر خصوصیات اختلالات سایکوتیک عبارت است از: پسرفت ایگو: کاهش توانایی‌های روان‌شناختی فرد. از هم پاشیده شدن شخصیت: ناتوانی در حفظ هویت و انسجام شخصی. فقدان بینش نسبت به ماهیت بیماری خود: بیمار از واقعیت بیماری آگاه نیست. تخریب شدید عملکرد اجتماعی و شخصی: مشخص با مردم‌گریزی و ناتوانی برای انجام مسئولیت‌های خانوادگی و شغلی.

اختلالات نوروتیک

ویژگی اصلی اختلالات نوروتیک، اضطراب است که یا به‌طور مستقیم احساس می‌شود و یا از طریق مکانیسم‌های دفاعی روانی به صورت وسواس فکری، عملی و فوبیا تظاهر می‌کند. اساس این نوع اختلالات، تعارضات درون‌روانی می‌باشد. در بیماران مبتلا به اختلالات نوروتیک: واقعیت‌سنجی سالم است؛ لذا، هذیان و توهم ندارند و به محرک‌های بیرونی واکنش منطقی نشان می‌دهند. رفتارشان منطبق با موازین اجتماعی است؛ با این حال، احساس ناراحتی و ناتوانی می‌کنند. نسبت به بیماری خود بینش دارند، خود را بیمار می‌دانند و در صدد درمان هستند.

اختلالات کارکردی

اختلالات کارکردی یا سایکوزهای کنشی، به گروهی از اختلالات روانی اطلاق می‌شود که دلایل قابل اثباتی برای وجود تغییرات ساختاری مغز یا سایر عوامل جسمانی که به عنوان علل ایجادکننده آن‌ها باشد، وجود ندارد. در واقع، علل ایجادکننده آن‌ها عوامل روان‌شناختی می‌باشد.

اختلالات روانی-عضوی

اختلالات روانی-عضوی یا سندرم‌های روانی-عضوی، گروهی از اختلالات روانی را شامل می‌شود که ناشی از یک عامل مشخص می‌باشد و موجب تغییرات ساختاری مغز شده است. این گروه از اختلالات، در DSM-5، با عنوان اختلالات عصبی-شناختی، طبقه‌بندی می‌شود.

۱۱۸- در مصاحبه از بیمار سایکوتیک درخواست میشود که نامش را بگوید. وی سکوت می‌کند و حرفی نمی‌زند. این رفتار نشانه کدام است؟

الف) انسداد تفکر

ب) کندی تفکر

ج) مقاومت

د) عدم تمایل

سؤال ۱۱۸ کنکور ۱۴۰۵ با سؤال ۱۱۵ آزمون ۲ و سوال ۱۱۱ آزمون ۸ سنا شباهت داشت. با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۱۱۵- کدام یک از موارد زیر به‌طور خاص به اختلال در شکل فکر مربوط می‌شود و در آن بیمار به دلیل فقدان ارتباط منطقی بین تداعی‌ها، جملات بی‌معنا تولید می‌کند؟		
الف) سستی تداعی‌ها		
ب) فشار تکلم		
ج) هذیان		
د) کندی تفکر		
۱۱۵- گزینه الف صحیح است	**سطح سوال: ساده**	**مبحث سوال: علائم و نشانه ها در اختلالات روانی**
انواع تفکر و ویژگی‌های آن‌ها **۱. تفکر عینی(Concrete Thinking)**		

ویژگی دوران کودکی؛ درک بر اساس ظاهر اشیا، بدون توجه به ماهیت. مثال: کودک مداد متفاوت را قبول نمی‌کند. فاقد تعمیم؛ فقط میزهای آشنا را می‌شناسد.

۲ .تفکر انتزاعی(Abstract Thinking)

استخراج مفاهیم کلی از موقعیت‌ها؛ تجسم، نمادسازی و فرضیه‌سازی. مثال: هر شیئی با ویژگی میز را میز می‌داند. بالاترین سطح تفکر؛ از ۱۱ سالگی شکل می‌گیرد.

انواع آشفتگی‌های تفکر

به سه دسته تقسیم می‌شوند:

الف) آشفتگی در جریان فکر

- **فشار تکلم :**صحبت سریع و شتاب‌زده (شایع در مانیا)
- **کندی تفکر :**جریان آهسته افکار، پاسخ‌های کند (در افسردگی و اسکیزوفرنی)
- **انسداد فکر :**توقف ناگهانی صحبت، فراموشی موضوع (فقر فکر در اسکیزوفرنی)

ب) آشفتگی در شکل فکر

- **پرش افکار :**انتقال سریع موضوعات با ارتباط ضعیف (در مانیا)
- **حاشیه‌پردازی :**جزئیات نامربوط، انحراف از موضوع (در مانیا؛ تفکر لابیرنتی)
- **تفکر مماسی :**ناتوانی در تداعی هدفمند، دور شدن از موضوع (در اسکیزوفرنی)
- **سالاد کلمات :**کلمات نامفهوم پشت سر هم (در اسکیزوفرنی و دمانس)
- **تداعی صوتی :**بر اساس قافیه، نه معنا (در مانیا)
- **پژواک کلام :**تکرار کلمات دیگران (در اسکیزوفرنی و عقب‌ماندگی)
- **سستی تداعی‌ها :**فقدان ارتباط منطقی (تفکر حرکت مهره اسب؛ در اسکیزوفرنی)

ج) آشفتگی در محتوای فکر

- هذیان، عقاید بیش‌بها داده‌شده، افکار وسواسی، خودبیمارانگاری، فوبی

سایر اختلالات تفکر

- **تفکر پارالوژیک :**استدلال غیرمنطقی مثال: بیماری از خوردن شکلات
- **تفکر با رنگ فلسفی :**بحث‌های بی‌حاصل با کلمات زیاد و معنای کم
- **تفکر سحرآمیز :**اعتقاد معجزه‌آسا به افکار برای برآورده کردن آرزوها (در کودکان و غیرهذیانی)
- **تفکر درخودمانده :**اشتغال با دنیای درونی، بی‌توجهی به واقعیت (در اسکیزوفرنی و اوتیسم؛ علائم: تأخیر زبان، پژواک کلام، وارونگی ضمیری)

۱۱۱- از دست رفتن جهت‌گیری هدف‌دار در کلام بیمار، به گونه‌ای که پاسخ وی از موضوع اصلی منحرف شده و هرگز به مقصود و هدف نهایی بحث بازنمی‌گردد، ویژگی اصلی کدام اختلال تفکر است؟

الف) Circumstantiality

ب) Tangentiality

ج)Loose Associations

د) Flight of Ideas

۱۱۱- گزینه ب صحیح است	سطح سوال: سخت	مبحث سوال: علایم و نشانه ها در اختلالات روانی

طبقه‌بندی اختلالات تفکر (Thought Disorders)

الف) اختلال در جریان فکر (Disorders of Thought Stream)

این دسته به تغییرات در سرعت، حجم و پیوستگی تولید افکار اشاره دارد:

- **فشار تکلم (Pressure of Speech)**: صحبت کردن بسیار سریع، تند و با حجم زیاد که قطع کردن آن برای شنونده دشوار است. معمولاً در دوره‌های **مانیا** دیده می‌شود.
- **کندی تفکر (Retardation of Thought)**: کند شدن بارز سرعت تفکر و کلام. پاسخ‌ها با تأخیر زیاد داده می‌شوند. در **افسردگی اساسی** و اسکیزوفرنی شایع است.
- **انسداد فکر (Thought Blocking)**: توقف ناگهانی و غیرارادی جریان فکر پیش از رسیدن به نتیجه. بیمار معمولاً احساس می‌کند افکار از ذهنش ربوده شده‌اند (Thought Withdrawal). علامت کلاسیک **اسکیزوفرنی** است.
- **فقر کلام (Poverty of Speech)**: محدودیت شدید در مقدار صحبت؛ پاسخ‌ها تک‌سیلابی و بسیار کوتاه هستند.

ب) اختلال در شکل یا فرآیند فکر (Disorders of Thought Form/Process)

این بخش که به آن اختلال تفکر صوری (Formal Thought Disorder) نیز می‌گویند، به نحوه اتصال منطقی کلمات و جملات می‌پردازد. در اینجا مسیر منطقی و انسجام افکار از بین می‌رود:

- **حاشیه‌پردازی (Circumstantiality)**: ارائه جزئیات بیش از حد، غیرضروری و خسته‌کننده، اما بیمار **در نهایت به هدف و موضوع اصلی بازمی‌گردد**. (شایع در اختلالات شخصیتی، وسواسی و برخی ضایعات مغزی).
- **تفکر مماسی (Tangentiality)**: بیمار از موضوع اصلی دور می‌شود و **هرگز به هدف اصلی بحث باز نمی‌گردد**. (شایع در اسکیزوفرنی).
- **پرش افکار (Flight of Ideas)**: انتقال بسیار سریع از یک موضوع به موضوع دیگر. ارتباط بین موضوعات بر اساس محرک‌های سطحی (مثل شباهت آوایی یا قافیه‌ها) است اما تا حدودی قابل ردیابی است. (شایع در مانیا).
- **سستی تداعی‌ها / خروج از خط (Loose Associations / Derailment)**: جملات و افکار هیچ ارتباط منطقی با هم ندارند و شنونده نمی‌تواند منظور بیمار را درک کند. (شایع در اسکیزوفرنی).
- **سالاد کلمات (Word Salad)**: درهم‌آمیختگی شدید و بی‌ربطِ کلمات که هیچ جمله معناداری نمی‌سازند (شدیدترین فرم سستی تداعی‌ها).
- **واژه‌سازی (Neologism)**: ابداع کلمات جدید توسط بیمار که فقط برای خود او معنی دارد.
- **درجازدن (Perseveration)**: تکرار پیاپی یک کلمه یا پاسخ یکسان در برابر سؤالات مختلف. (شایع در اختلالات شناختی و آسیب‌های مغزی).
- **پژواک کلام (Echolalia)**: تکرار طوطی‌وار کلمات یا جملات فرد مصاحبه‌گر توسط بیمار.
- **تداعی صوتی (Clang Association)**: انتخاب کلمات بر اساس صدای آن‌ها (قافیه و ریتم) نه بر اساس معنی.

ج) اختلال در محتوای فکر (Disorders of Thought Content)

این دسته به آنچه بیمار به آن می‌اندیشد (موضوعات و باورها) اشاره دارد:

- **هذیان (Delusion)**: باورهای عمیقاً نادرست و غیرمنطقی که با فرهنگ فرد همخوانی ندارند و با منطق و شواهد اصلاح نمی‌شوند مانند هذیان گزند و آسیب، هذیان بزرگ‌منشی، هذیان حسادت.
- **افکار انتساب (Ideas of Reference)**: فرد تصور می‌کند اتفاقات عادی و خنثی محیطی، پیام خاصی برای او دارند یا درباره او هستند مثلاً گوینده اخبار تلویزیون در حال کنایه زدن به اوست.
- **افکار وسواسی (Obsessions)**: افکار، تصاویر یا تکانه‌های مزاحم، ناخواسته و تکرارشونده که فرد می‌داند غیرمنطقی‌اند اما باعث اضطراب شدید او می‌شوند.
- **عقاید بیش‌بها داده‌شده (Overvalued Ideas)**: باورهایی غیرمعقول که به شدتِ هذیان نیستند، اما تمام زندگی فرد را تحت‌الشعاع قرار می‌دهند.
- **تفکر جادویی (Magical Thinking)**: باور به اینکه افکار، کلمات یا اعمال فرد می‌توانند به طور جادویی باعث وقوع یا جلوگیری از اتفاقات شوند (طبیعی در کودکان، اما در بزرگسالان نشانه‌ای از اختلال اسکیزوتایپال یا اسکیزوفرنی است).
- **فوبی (Phobia)**: ترس شدید، غیرمنطقی و مداوم از یک شیء یا موقعیت خاص.
- **خودبیمارانگاری (Hypochondriasis)**: اشتغال ذهنی و ترس مفرط از ابتلا به یک بیماری جدی، با وجود اطمینان‌بخشی پزشکی.
- **افکار خودکشی یا دگرکشی (Suicidal/Homicidal Ideation)**: فکر کردن، برنامه‌ریزی یا تمایل به آسیب رساندن به خود یا دیگران.
- **تفکر درخودمانده (Autistic Thinking)**: غرق شدن در دنیای درونی و خیالات شخصی، به طوری که واقعیت بیرونی نادیده گرفته می‌شود.

۱۲۰- فردی تمایل دارد همیشه در مرکز توجه بوده و رفتارش مورد تایید دیگران باشد. نوع اختلال شخصیت احتمالی کدام است؟

الف) اسکیزوئید

ب) پارانوئید

ج) مرزی

د) خودشیفته

سؤال ۱۲۰ کنکور ۱۴۰۵ با سؤال ۱۰۸ آزمون ۵ و سوال ۱۰۲ آزمون ۷ و سوال ۱۰۴ آزمون ۹ سنا شباهت داشت. با مطالعه این سؤال، پاسخ سؤال کنکور قابل پیش‌بینی بود.

۱۰۸- یک مرد ۳۲ ساله به کلینیک مراجعه می‌کند. او مدیر موفقی است و همیشه در کارش دقیق، منظم و کمال‌گرا بوده، اما اخیراً همسرش تهدید به جدایی کرده چون احساس می‌کند زندگی با او مثل زندگی با یک ربات است. بیمار می‌گوید:

من فقط می‌خواهم همه چیز درست و منظم باشد. اگر همکارانم گزارش را طبق فرمت دقیق من ننویسند، عصبانی می‌شوم و خودم دوباره می‌نویسم. تعطیلات را دوست ندارم چون برنامه‌ای ندارد. احساسات را زیاد نشان نمی‌دهم چون غیرمنطقی است. همیشه کنترل را در دست دارم و از واگذاری کار به دیگران می‌ترسم چون ممکن است اشتباه کنند. او هیچ سابقه قانون‌شکنی، خودبزرگ‌بینی افراطی، ترس شدید از انتقاد یا نیاز مداوم به مراقبت از دیگران ندارد. با توجه به انواع اختلالات شخصیت تشخیص احتمالی اصلی کدام است؟

الف) اختلال شخصیت ضداجتماعی؛ زیرا کنترل‌گر بودن و عصبانیت هنگام عدم رعایت قوانین نشان‌دهنده نقض حقوق دیگران و عدم پشیمانی است.

ب) اختلال شخصیت خودشیفته؛ زیرا کمال‌گرایی و نیاز به کنترل نشان‌دهنده احساس برتری و نیاز به تحسین مداوم است.

ج) اختلال شخصیت وسواسی-جبری؛ زیرا الگوی فراگیر کمال‌گرایی، کنترل، سخت‌گیری و سرکوب احساسات که در عملکرد بین‌فردی و عاطفی اختلال ایجاد می‌کند، غالب است.

د) اختلال شخصیت وابسته؛ زیرا ترس از واگذاری کار به دیگران نشان‌دهنده نیاز شدید به مراقبت و ترس از تنها ماندن است.

۱۰۸- گزینه ج صحیح است	**سطح سوال: متوسط**	**مبحث سوال: اختلال شخصیت**

اختلال شخصیت ضداجتماعی با رفتارهای اجتماعی غیرمسئولانه، استثمارگرانه و کاملاً فاقد احساس گناه مشخص می‌شود و افراد مبتلا حقوق دیگران را نادیده می‌گیرند، دیگران را برای منافع شخصی خود به‌کار می‌گیرند و هیچ دغدغه‌ای نسبت به رعایت قوانین ندارند. این افراد معمولاً نمی‌توانند شغل ثابت نگه دارند یا روابط پایدار ایجاد کنند. شیوع این اختلال در جمعیت عمومی حدود ۳ درصد است اما در جمعیت زندانیان به ۵۰ درصد و حتی بیشتر می‌رسد که این تفاوت چشمگیر یکی از نکات کلاسیک و بسیار سوال‌خیز در آزمون‌هاست. اختلال بیشتر در مردان و در طبقات پایین اجتماعی-اقتصادی به‌ویژه مناطق شهری فقیر دیده می‌شود. طبقDSM-5-TR ، شخصیت ضداجتماعی و سایکوپاتی فعلاً مترادف در نظر گرفته می‌شوند اما تحقیقات جدید تأکید دارند که بهتر است این دو به‌عنوان اختلالات مجزا شناخته شوند که این نکته به‌روز و پراهمیت است. همچنین اختلال مصرف مواد شایع‌ترین کاموربیدیته این اختلال به شمار می‌رود.

در **اختلال شخصیت خودشیفته** افراد حس اغراق‌آمیز و بزرگ‌منشانه‌ای از خودارزشمندی دارند، کاملاً فاقد همدلی هستند و نسبت به ارزیابی و انتقاد دیگران بسیار حساس‌اند به‌طوری‌که انتقاد می‌تواند به سرعت منجر به خشم، تحقیر، سرافکندگی یا دل‌مردگی شود. این افراد باور دارند که حق ویژه‌ای برای دریافت توجه و مزایا دارند و خلق ظاهری‌شان معمولاً خوش‌بینانه، آرام و بی‌دغدغه است اما به دلیل عزت نفس شکننده به راحتی تغییر می‌کند. تعریف DSM-5-TR بر تریاد بزرگ‌منشی در خیال یا رفتار، نیاز شدید به تحسین و فقدان همدلی تأکید دارد. این تشخیص اولین بار در DSM-III وارد شد و شیوع آن بین ۱ تا ۶ درصد تخمین زده می‌شود و در مردان شایع‌تر است. از نظر عوامل مستعدکننده، نظریه‌های روان‌پویشی به عشق‌ورزی یا انتقاد بیش از حد والدین اشاره می‌کنند که با تجربه واقعی کودک همخوانی ندارد و منجر به ایجاد تصویر کاذب خودکفایی و آسیب‌ناپذیری می‌شود تا پوچی درونی پنهان بماند. نکته نوروآناتومیک جدید و سوال‌خیز کاهش حجم ماده خاکستری در نواحی مسئول همدلی، تنظیم هیجان و شفقت است.

اختلال شخصیت وابسته با نیاز فراگیر و بیش از حد به دریافت مراقبت مشخص می‌شود که منجر به رفتارهای مطیعانه، چسبنده و ترس شدید از جدایی می‌گردد. افراد مبتلا اعتماد به نفس بسیار پایینی دارند که در وضعیت بدنی، صدا و رفتار منفعلانه‌شان آشکار است و معمولاً تصمیمات مهم زندگی خود را به دیگران واگذار می‌کنند و حتی بدرفتاری را تحمل می‌کنند

تا رابطه حفظ شود. تنهایی حتی برای مدت کوتاه باعث احساس درماندگی شدید می‌شود و پس از قطع رابطه به سرعت و گاهی کورکورانه به دنبال رابطه جدیدی می‌روند که فرد مقابل نقش پرورش‌دهنده و راهنما داشته باشد. این افراد به راحتی از انتقاد آسیب می‌بینند و برای کسب پذیرش دیگران حاضرند کارهای تحقیرآمیز هم انجام دهند. مطالعات دوقلو نشان می‌دهد حدود دو سوم صفات این اختلال قابل ارث‌بری است اما بیان نهایی آن به تعامل پیچیده ژنتیک و محیط بستگی دارد. از نظر محیطی، والدین بیش‌ازحد محافظت‌کننده که از استقلال کودک جلوگیری می‌کنند و دلبستگی انحصاری به یک منبع مراقبت را تقویت می‌کنند نقش کلیدی در شکل‌گیری این اختلال دارند.

اختلال شخصیت وسواسی-جبری با اشتغال ذهنی فراگیر به نظم، ترتیب، کمال‌گرایی و کنترل همراه است که به قیمت از دست رفتن انعطاف‌پذیری، گشودگی و حتی بهره‌وری تمام می‌شود. افراد مبتلا بسیار جدی، رسمی، انعطاف‌ناپذیر و فاقد خودانگیختگی هستند و کمال‌گرایی‌شان آن‌قدر شدید است که اغلب نمی‌توانند پروژه‌ها را به اتمام برسانند. بیش از حد به کار و بهره‌وری وقف می‌شوند و از اوقات فراغت و روابط دوستانه صرف‌نظر می‌کنند، نسبت به خود و دیگران خسیس‌اند و پول را برای مصیبت‌های آینده ذخیره می‌کنند. تفویض وظایف برایشان بسیار دشوار است مگر اینکه دیگران دقیقاً طبق روش آن‌ها عمل کنند و سخت‌گیری و سرسختی بارزی نشان می‌دهند. در روابط اجتماعی آگاه از مرتبه هستند، با افراد بالادست متملق و با زیردست خودکامه و محکوم‌کننده رفتار می‌کنند. مکانیسم دفاعی اصلی‌شان واکنش‌سازی است به‌طوری‌که خشم و سرکشی درونی را سرکوب کرده و ظاهر وظیفه‌شناس و کنترل‌شده نشان می‌دهند. شیوع این اختلال بین ۲ تا ۸ درصد است و در مردان و بزرگ‌ترین فرزند خانواده شایع‌تر است. نکته افتراقی بسیار مهم این است که برخلاف اختلال وسواسی-جبری(OCD)، در این اختلال شخصیت افکار و اعمال وسواسی مکرر وجود ندارد و اگر چنین نشانه‌هایی غالب باشد تشخیص باید به سمت OCD برود. از نظر عوامل مستعدکننده، محیط تربیتی کنترل‌گر شدید با تنبیه بیشتر از تشویق باعث می‌شود کودک به جای یادگیری رفتارهای مثبت، فقط یاد بگیرد چه کارهایی نباید انجام دهد تا تنبیه نشود.

۱۰۲- کدام گزینه به‌درستی ویژگی‌های یکی از اختلالات شخصیتی را بر اساس DSM-5 توصیف می‌کند؟

الف) اختلال شخصیت اسکیزوتایپی: بی‌اعتمادی شدید به دیگران و سوءظن مداوم

ب) اختلال شخصیت مرزی: بی‌ثباتی در روابط، هیجانات و رفتارهای تکانشی

ج) اختلال شخصیت خودشیفته: انزوای اجتماعی و ترس از طرد شدن

د) اختلال شخصیت ضداجتماعی: نیاز افراطی به تحسین و فقدان توانایی نقض قوانین

۱۰۲- گزینه ب صحیح است	**سطح سوال: متوسط**	**مبحث سوال: اختلالات شخصیت**

اختلال شخصیت پارانوئید: مشخص با بی‌اعتمادی و بدبینی عمیق به دیگران .افراد همیشه فکر می‌کنند دیگران قصد آسیب زدن یا فریب دادنشان را دارند و حتی شواهد مخالف را هم رد می‌کنند.

اختلال شخصیت اسکیزوئید: مشخص با کناره‌گیری از دیگران و محدودیت شدید در ابراز هیجانات .این افراد از روابط نزدیک لذت نمی‌برند، ترجیح می‌دهند تنها باشند و معمولاً سرد و بی‌احساس به نظر می‌رسند.

اختلال شخصیت اسکیزوتایپی: مشخص با رفتارها و افکار عجیب و غیرعادی .آن‌ها اغلب باورهای جادویی، توهمات گذرا یا افکار عجیب دارند و ظاهر و رفتارشان هم غیرمعمول است.

اختلال شخصیت ضداجتماعی: مشخص با نقض مداوم مقررات و حقوق دیگران .این افراد معمولاً دروغ می‌گویند، با شدت عمل می‌کنند، پشیمانی ندارند و اغلب سابقه جرایم یا سوءاستفاده دارند.

اختلال شخصیت مرزی: مشخص با بی‌ثباتی شدید در روابط بین‌فردی، هیجانات و رفتارهای تکانشی .آن‌ها ترس شدید از ترک شدن دارند، روابطشان پر از بالا و پایین است و ممکن است به خودآزاری یا رفتارهای پرخطر روی بیاورند.

اختلال شخصیت نمایشی: مشخص با رفتارهای توجه‌طلبانه افراطی .این افراد برای جلب توجه دیگران نمایش‌های احساسی شدید می‌دهند، ظاهرشان همیشه جذاب و اغواکننده است و روابطشان سطحی می‌ماند.

اختلال شخصیت خودشیفته: مشخص با احساس بزرگ‌منشی، خوداستحقاقی، نیاز شدید به تحسین و فقدان همدردی .آن‌ها دیگران را برای رسیدن به اهداف خود بهره‌برداری می‌کنند، انتقاد را تحمل نمی‌کنند و همیشه خود را برتر می‌دانند.

اختلال شخصیت اجتنابی: مشخص با احساس بی‌کفایتی و انزوای اجتماعی .این افراد از ترس رد شدن یا تمسخر، از روابط و موقعیت‌های جدید دوری می‌کنند ولی در دلشان آرزوی ارتباط نزدیک دارند.

اختلال شخصیت وابسته: مشخص با نیاز بیش از حد به مراقبت توسط دیگران، سلطه‌پذیری و اعتماد به نفس پایین .آن‌ها نمی‌توانند تصمیمات ساده بگیرند، مدام به دیگران تکیه می‌کنند و حتی تحمل تنهایی کوتاه‌مدت را هم ندارند.

اختلال شخصیت وسواسی-اجباری: مشخص با کمال‌گرایی افراطی، وسواس به جزئیات، قوانین و نظم. این افراد انعطاف‌ناپذیرند، کار را به روابط و لذت ترجیح می‌دهند و حتی اگر کارشان کامل نباشد، نمی‌توانند آن را رها کنند.

۱۰۴- در ارزیابی دوره‌ای سلامت روان توسط پرستار در یک شرکت بزرگ فناوری، دو کارمند به دلیل انزوای شدید اجتماعی و امتناع از کار تیمی مورد بررسی قرار می‌گیرند:

- **کارمند «الف»: می‌گوید: هیچ علاقه‌ای به شرکت در جلسات حضوری و دورهمی‌های شرکت ندارم. ارتباط با دیگران برایم خسته‌کننده و بی‌معنی است و ترجیح می‌دهم تمام وقتم را به تنهایی با کدهای برنامه‌نویسی‌ام بگذرانم. او در طول مصاحبه از نظر هیجانی کاملاً بی‌تفاوت است و از تشویق شدن توسط مدیرش هیچ احساس خرسندی نشان نمی‌دهد.**
- **کارمند «ب»: با حالتی مضطرب می‌گوید: من خیلی دلم می‌خواهد در تیم‌های گروهی باشم و با همکارانم ارتباط نزدیک داشته باشم، اما همیشه می‌ترسم در جمع حرف احمقانه‌ای بزنم، از کارم ایراد بگیرند و تحقیر شوم. به همین دلیل ترجیح می‌دهم دورکاری کنم تا کسی مرا قضاوت نکند.**

با توجه به علائم بالینی، تشخیص احتمالی اختلال شخصیت برای این دو کارمند به ترتیب کدام است و مرز افتراقی اصلی آن‌ها چیست؟

الف) الف: اسکیزوتایپال / ب: دوری‌گزین (اجتنابی) — مرز افتراقی: وجود یا عدم وجود افکار پارانوئید در محیط کار.
ب) الف: پارانوئید / ب: وابسته — مرز افتراقی: بی‌اعتمادی به همکاران در مقابل نیاز به تایید مدیران برای تصمیم‌گیری.
ج) الف: اسکیزوئید / ب: دوری‌گزین (اجتنابی) — مرز افتراقی: تمایل و نیاز درونی به برقراری ارتباط صمیمانه.
د) الف: اسکیزوئید / ب: وسواسی-جبری (OCPD) — مرز افتراقی: بی‌تفاوتی هیجانی در مقابل کمال‌گرایی.

۱۰۴- گزینه ج صحیح است	**سطح سوال: سخت**	**مبحث سوال: اختلالات شخصیت**

در طبقه‌بندی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، اختلالات شخصیت به سه دسته (کلاستر) اصلی تقسیم می‌شوند. در ادامه، به عنوان یک مدرس پرستاری روان، مهم‌ترین رفتارهای هر اختلال و نکات کلیدی برای مقایسه و تشخیص افتراقی آن‌ها را به صورت ساختاریافته ارائه می‌کنم:

کلاستر A: عجیب، غریب و غیرعادی (Odd or Eccentric)

بیماران این دسته معمولاً در برقراری ارتباط مشکل دارند و رفتارهایشان از نظر دیگران غیرطبیعی است.

۱. **شخصیت پارانوئید** (Paranoid):

- **رفتار بارز:** شکاکیت، بی‌اعتمادی عمیق به دیگران، کینه‌توزی، تفسیر مقاصد دیگران به عنوان تحقیر یا تهدید.
- **نکته بالینی:** این افراد همیشه در حالت تدافعی هستند و بدون دلیل کافی فکر می‌کنند دیگران در حال فریب دادن آن‌ها هستند.

۲. **شخصیت اسکیزوئید** (Schizoid):

- **رفتار بارز:** انزوای اجتماعی شدید، بی‌تفاوتی عاطفی (سردی هیجانی)، ترجیح دادن فعالیت‌های انفرادی.
- **نکته‌بالینی:** آن‌ها هیچ تمایلی به روابط صمیمانه حتی با خانواده ندارند و از انتقاد یا تحسین دیگران تأثیر نمی‌پذیرند.

۳. **شخصیت اسکیزوتایپال** (Schizotypal):

- **رفتار بارز:** تفکر جادویی، عقاید عجیب و غریب، تحریف‌های ادراکی (بدون رسیدن به حد توهم واضح)، ظاهر و گفتار غیرعادی.
- **مقایسه در کلاستر A:** اسکیزوئید به دلیل بی‌تفاوتی از مردم دوری می‌کند، اما اسکیزوتایپال به دلیل اضطراب شدید و افکار پارانوئید از روابط صمیمی پرهیز دارد.

کلاستر B: نمایشی، هیجانی و غیرقابل پیش‌بینی (Dramatic or Erratic)

این گروه بیشترین چالش را در بخش‌های روان‌پزشکی و پرستاری ایجاد می‌کنند و با بی‌ثباتی هیجانی و تکانشگری شناخته می‌شوند.

۱. **شخصیت ضداجتماعی** (Antisocial):

- **رفتار بارز:** نقض مداوم حقوق دیگران، فریبکاری، قانون‌شکنی، پرخاشگری و فقدان کامل احساس گناه یا همدلی.
- **نکته بالینی:** این تشخیص فقط برای افراد بالای ۱۸ سال گذاشته می‌شود. در کودکی معمولاً سابقه اختلال سلوک دارند.

۲. **شخصیت مرزی** (Borderline):

- **رفتار بارز:** بی‌ثباتی شدید در خلق، هویت و روابط. ترس فلج‌کننده از طرد شدن، رفتارهای تکانشی (مثل آسیب به خود یا خودکشی نمایشی)، احساس پوچی مزمن.
- **مکانیسم دفاعی غالب:** دوپاره‌سازی (Splitting)؛ یعنی پرستار یا درمانگر را یا کاملاً خوب می‌بینند یا کاملاً بد.

۳. **شخصیت نمایشی** (Histrionic):

- **رفتار بارز:** نیاز شدید به مرکز توجه بودن، ابراز هیجانات به صورت اغراق‌آمیز و سطحی، رفتارهای نامتناسب فریبنده یا اغواگرانه.
- **نکته بالینی:** اگر در مرکز توجه نباشند، به شدت احساس ناراحتی می‌کنند.

۴. **شخصیت خودشیفته** (Narcissistic):

- **رفتار بارز:** احساس خودبزرگ‌بینی، نیاز به تحسین مداوم، احساس محق بودن، سوءاستفاده از دیگران برای اهداف خود و فقدان همدلی.
- **مقایسه در کلاستر B:**
- فرد *مرزی* به دلیل ترس از رها شدن آشوب به پا می‌کند.
- فرد *نمایشی* فقط به دنبال جلب توجه است (چه مثبت، چه منفی).
- فرد *خودشیفته* توجهی می‌خواهد که همراه با تحسین و تایید برتری او باشد.
- فرد *ضداجتماعی* برای کسب منفعت شخصی یا مالی دیگران را فریب می‌دهد.

کلاستر C: مضطرب و ترسان (Anxious or Fearful)

رفتار غالب در این دسته، اضطراب، ترس و نیاز به کنترل است.

۱. **شخصیت دوری‌گزین / اجتنابی** (Avoidant):

- **رفتار بارز:** احساس بی‌کفایتی شدید، حساسیت مفرط به ارزیابی منفی، اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی به دلیل ترس از تحقیر.
- **تشخیص افتراقی مهم:** برخلاف اسکیزوئید که علاقه‌ای به رابطه ندارد، فرد *اجتنابی* به شدت تشنه برقراری ارتباط است، اما از ترس طرد شدن خودش را عقب می‌کشد.

۲. **شخصیت وابسته** (Dependent):

- **رفتار بارز:** نیاز مفرط به مراقبت شدن که منجر به رفتارهای مطیعانه و چسبنده می‌شود. ناتوانی در تصمیم‌گیری بدون نظر دیگران.
- **نکته بالینی:** این افراد حاضرند وظایف ناخوشایند را انجام دهند فقط برای اینکه حمایت شخص مقابل را از دست ندهند.

۳. **شخصیت وسواسی-جبری** (OCPD):

- **رفتار بارز:** کمال‌گرایی افراطی، اشتغال ذهنی با جزئیات و قوانین، انعطاف‌ناپذیری، خساست و ناتوانی در واگذاری کارها به دیگران.
- ویژگی‌های OCPD ایگوسینتونیک (همخوان با خود) هستند؛ یعنی بیمار رفتار خود را منطقی و درست می‌داند و برخلاف مبتلایان به OCD، از افکار و رفتارهای خود احساس عذاب نمی‌کند.

نکته: در برخورد بالینی، بیماران کلاستر A معمولاً نیازمند فاصله‌گذاری مناسب و احترام به حریم شخصی‌شان هستند؛ کلاستر B به مرزبندی‌های (Boundaries) بسیار قوی، ثابت و هماهنگ توسط تیم درمان نیاز دارند؛ و کلاستر C نیازمند رویکردی همدلانه برای کاهش اضطراب و تشویق به استقلال تدریجی می‌باشند.

- **تحلیل کارمند «الف» (اسکیزوئید - کلاستر A):**

فرد مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوئید، ذاتاً هیچ نیازی به روابط اجتماعی احساس نمی‌کند. انزوای او ناشی از ترس نیست، بلکه ناشی از **فقدان تمایل** و **سردی هیجانی** است. او از تنهایی خود لذت می‌برد یا حداقل با آن کاملاً راحت است و نسبت به تحسین یا انتقاد دیگران بی‌تفاوت است.

- **تحلیل کارمند «ب» (دوری‌گزین / Avoidant - کلاستر C):**

فرد اجتنابی برخلاف اسـکیزوئید، تشـنه برقراری ارتباط اسـت و از تنهایی خود رنج می‌برد، اما به دلیل **احسـاس بی‌کفایتی** و **ترس فلج‌کننده از طرد شدن یا تحقیر**، از موقعیت‌های اجتماعی دوری می‌کند.